REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD
Inventario y Control Patrimonial
Hospital "Víctor Larco Herrera"

SUMARIO

Editorial 1
La Educación Médica en el Perú
Dr. Sergio E. Bernales 3
Pancreatitis Aguda Supurada
Dr. Víctor Baracco Gandolfo 21
El Tratamiento de la Sífilis con Penicilina
Dr. George K. Schwemlein 29
La Colelitiasis
Adolfo Guevara Velasco 35
El laboratorio en el diagnóstico y la evolución de la Brucelosis, Luis E. Ginocchio 41
Indicaciones de la amputación del miembro superior, Emilio Ciuffardi 53
Contribución al Estudio Clínico de una nueva entidad psicosomática, Manuel Hubí Campos 57
De Ayer, Mario Montes 61
Informaciones del Centro de Estudiantes de Medicina 63
Informaciones del Departamento de Asistencia Social, Dr. Guillermo Díaz Lira y Sr. José Gálvez B. 64

COMITE DE REDACCION

Jefe de Redacción: Adolfo Guevara Velasco

Redactores
Benjamín Alhalel — Emilio Ciuffardi — José Gálvez — Manuel Hubí C.
Javier Arias — Luis A. Ponce P.

O C T U B R E
1947

Precio: { MEDICOS S/o. 2.00
ESTUDIANTES S/o. 1.00

Un Emblema de Calidad
Un Símbolo de Servicio

DECIDIDAMENTE A LA VANGUARDIA DE LOS PRODUCTOS DE PETROLEO

International Petroleum Company Ltd.

Revista de los Estudiantes de Medicina

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

JEFE DE REDACCION: **ADOLFO GUEVARA VELASCO**

REDACTORES:

Benjamín Alhalel — Emilio Ciuffardi — José Gálvez — Manuel Hubí C. — Javier Arias
Luis A. Ponce P.

DIRECCION Y ADMINISTRACION: LLANOS 625 — LIMA - PERU

AÑO VIII **OCTUBRE, 1947** **Nº 10**

Editorial

Venciendo innumerables dificultades, sale nuevamente "LA REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA". Dificultades que deben y tienen que ser conocidas por el estudiantado fernandino, para que con esta breve exposición sea él quien contribuya eficazmente a solucionarlas.

Enumeraremos someramente los diversos factores que conspiran para que la Revista no tenga la regularidad que debería tener. Podemos clasificarlas en factores materiales y morales. Dicho sea de paso, si sólo se tratase de los primeros, el problema sería fácil, muy fácil de solucionar. En cuanto a lo segundo será el tema que abordemos en este Editorial, aunque sea hiriendo susceptibilidades, porque cuando hay que decir la verdad, no importa que se estrellen contra ellas.

Desalienta en grado sumo, la apatía, el escepticismo y el pusilánime espíritu que se muestra a todo asunto colectivo del alumnado y concretamente en este caso, a la publicación de la Revista. No hay quien se conduela por la vida y el resurgimiento de ella. Lo mismo dá que exista o nó. Tenemos muchas Revistas editadas por alumnos fernandinos que prefieren prestar su apoyo y valioso aporte y experiencia en dichas Revistas, pero nó en la que es su órgano oficial. Razón teníamos el otro año al hacer un llamado cordial de la ayuda a la pervivencia de la Revista: "Vence la pereza mental. Produce y coopera. No vaciles ni temas las críticas de los que no hacen

nada. Nuestra Revista no es de infalibles sino de estudiantes que nos iniciamos en estas tareas. Nuestros trabajos son ensayos, intento y no conclusiones académicas".

Es tiempo ya que todos los fernandinos demuestren su ascendrado cariño a las aulas que los cobijan, prestando su decidido apoyo a fin de encumbrar su Revista y ponerla en primera fila, como se merece y es su Destino histórico.

Desde estas columnas les hacemos un llamado cordial y fraternal y esperamos plenos de optimismo que estas líneas les sirvan de acicate y que contribuyan también de este modo para que la Reforma pueda cumplirse integralmente ya que con justa razón alguien agudamente sentencia: "que la Reforma no consiste sólo en que hayan buenas aulas y buenos maestros, es fundamental el que hayan también buenos alumnos". Indudablemente que una de las pruebas de nuestro reformismo será la preocupación que mostremos hacia una de nuestras manifestaciones culturales más importantes: el encumbramiento de "LA REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA".

La Educación Médica en el Perú

Por el Dr. SERGIO E. BERNALES

(Continuación)

Por lo tanto en toda época se ha considerado que no es posible que el médico prescinda de tener conocimiento del estado espiritual del enfermo, que la enfermedad de este, en general, no pueda ser enfocada sin conocer su estado espiritual, su estado emocional, y su enfermedad orgánica o de órganos, lo que señalara Pascal al sostener "que no se puede curar la parte sin el todo". Esto aplicado a la Educación Médica, a la Clínica lleva a señalar que deberá hacerse el estudio integral de los enfermos, que de eso debe penetrarse el que aprende Clínica, que debe tener conocimientos acerca de las alteraciones de todas y cada una de las partes del organismo del enfermo. Algunos de esos conocimientos podrían ser facilitados por los dedicados especialmente a estudios de enfermedades de determinadas partes del organismo. Pero en la enseñanza de la Clínica, a los alumnos deberá facilitárseles el conocimiento de las alteraciones del enfermo espirituales y orgánicas.

La Enseñanza de Clínica Médica y Terapéutica, continuará haciéndose en el 6º año de estudios, la que se hará en Salas y Consultorios Externos del Hospital. Los alumnos también harán o intervendrán en los exámenes de laboratorio y en exámenes auxiliares que necesitan los enfermos que estudian. Recibirán también aportes de conocimientos de Radiología, Oftalmología, Oto-rinolaringología, Alergia, Electrocardiografía, Metabolimetría, Gastrocospía, Rectocospía, Broncoscopía, Dermatología, Sifilografía. Neuropatología, Urología, Venerología y Psiquiatría, de partes de esta disciplina al hacer el examen psíquico que complementa el examen psico-somático de los enfermos que estudian en la Clínica. Buen número de Jefes de Clínica, colaborarán en la enseñanza, y en el control del aprendizaje de los alumnos.

También debe hacerse la enseñanza de esta Clínica diariamente, durante todo el año, a todos los alumnos, lo que contribuye a que ellos observen y estudien mayor número de enfermos, que si sólo se hiciese la enseñanza a un grupo constituído por la mitad del número total de alumnos, durante un semestre, y a otro grupo constituido por la otra mitad el otro semestre. Un horario adecuado, permitiría que esta Clínica funcione diariamente a continuación del Externado, que será obligatorio para los alumnos del 6º año, y que se desempeñará en las primeras horas de la mañana, durante un semestre del año, en Salas y Consultorios de Cirugía y en Laboratorios, y un semestre en Salas y Consultorios de Medicina y en Laboratorios.

En el 6º año, se hace al enseñanza de Psiquiatría, en la que se completará la que ha venido haciéndose durante los años anteriores de estudios médicos, lo que indudablemente facilitará a los alumnos el aprendizaje de tan importante disciplina.

Se hará en el 6º año, las enseñanzas de las también importantes disciplinas: Higiene y Medicina Social, y Medicina Legal, orientadas esas enseñanzas, con aplicación práctica, como respectivamente se tienen orientadas.

En el 7º año que será dedicado al internado, se hará el estudio de algunas disciplinas que deben estudiarse intensivamente, y que durante el internado, se facilita ese estudio, y su aprendizaje.

La enseñanza intensiva, solo de una disciplina durante un tiempo determinado se hace en Universidades de Estados Unidos. En nuestro país en la actualidad será posible únicamente hacer esa enseñanza, en estas especialidades: Obstetricia, Ginecología, Pediatría, Urología y Neurología. Facilitará esa enseñanza y el respectivo aprendizaje el que los alumnos se encuentren reunidos en buen número en un Hospital, en donde se les hará enseñanza intensiva diaria, y practicarán continuadamente en enfermos de la especialidad que se les enseña, durante el tiempo que dura el internado en ese Hospital.

El tiempo señalado para el estudio de esas disciplinas, tres meses, será suficiente para que los alumnos adquieran de cada una de ellas, conocimientos amplios. En Universidades de los Estados Unidos, solo en dos meses, se hace esa enseñanza de la Obstetricia, en tiempo igual cada una de las disciplinas, Ginecología y Pediatría. Durante tres meses, en las mañanas y en las tardes, podrán hacerse con más facilidad, las enseñanzas de esas disciplinas a alumnos que deberán permanecer todo el día en los respectivos Nosocomios, en los que se ha de hacer esas enseñanzas dirigidas en su aprendizaje, por miembros del personal docente de cada Cátedra.

Con los alumnos del 7º año se formarán cuatro grupos debiendo desempeñar durante tres meses los alumnos de cada grupo el internado en un Hospital, ya sea de Maternidad, Dos de Mayo, Arzobispo Loayza o del Niño.

Los alumnos al hacer el internado en los Hospitales Arzobispo Loayza y en el Dos de Mayo han de hacer práctica rotativa en Medicina y en Cirujía durante 3 meses en cada uno de los Hospitales. Por supuesto los interesados tendrán en cada Hospital que aumentarse hasta completar la cifra de 30 o un número un poco mayor en relación con el número total de las alumnos de 7º año que deben desempeñar los internados.

Principiará el internado con el año o sea el 1º de Enero para el primer grupo de los 4 grupos de alumnos que se formará de todos los alumnos a quienes corresponde matricularse en el 7º año; todos los grupos tendrán el mismo número de alumnos. Ese primer grupo hará el internado en el Hospital de Maternidad y recibirá enseñanza intensiva de Obstreticia y aún de Puericultura durante los meses de Enero, Febrero y Marzo. En Abril todos los alumnos harán el internado ocupando el primero el Internado del Hospital Arzobispo Loayza, y allí se les dará a los alumnos que componen ese grupo enseñanza intensiva de Ginecología, y siempre hará el internado del Hospital Arzobispo Loayza el grupo de los alumnos inmediatamente después de hacer el internado en el Hospital de Maternidad. Los otros grupos de alumnos harán entre tanto el internado en los Hospitales del Niño, del Dos de Mayo y de Maternidad. Cada grupo de alumnos al hacer el internado en el Hospital del Niño recibirá enseñanza intensiva de Pediatría durante los tres meses que dura el internado. En el Hospital Dos de Mayo durante los tres meses que dura el internado en ese Hospital recibirán enseñanza intensiva de Urología y de Neurología.

El sistema de dedicar varias horas a la enseñanza de una sola disciplina no puede hacerse con todas las disciplinas, porque es útil la enseñanza simultánea y coordinada de algunas de ellas, que aún se complementan. Solo en la enseñanza de algunas de ellas podría emplearse, el sistema de dedicar varias horas a su enseñanza intensiva. Con una buena coordinación de programas de enseñanza que se hará en cada Departamento podría facilitarse aún más de lo que hasta ahora se ha facilitado la enseñanza simultánea de algunas disciplinas y por lo tanto le será provechoso ir adquiriendo conjuntamente esos conocimientos de varias disciplinas, que si los fuese adquiriendo aisladamente de cada disciplina. De otro lado, señalando solo una parte del año para que se haga la enseñanza de las más importantes disciplinas clínicas, no se obtendría hacer enseñanza eficiente, ni se facilitaría el aprendizaje de los alumnos, ya que en parte del año no podrían estudiar el número de enfermos que en todo el año llegan a los nosocomios, y que es un número adecuado para un amplio estudio clínico, que indudablemente no lo sería el que estudiaran solo en una parte del año. En ese estudio de las especialidades Obstetricia, Ginecología, Puericultura, Pediatría, Urología y Neuro-Patología que han de hacer los alumnos del 7º año en determinados Hospitales, durante el tiempo de su internado recibirán enseñanza teórica práctica de estas disciplinas, la que se hace intensivamente a

un número en general limitado, o sea la cuarta parte del número total de alumnos matriculados en el 7º año, enseñanza que así se facilita, lo que no ocurre cuando es grande el número de alumnos; sobre todo se facilita el aprendizaje de los alumnos que en número limitado estudian todos los enfermos de las Salas y Consultorios e intervienen en los exámenes auxiliares y de laboratorio, haciéndolos ellos mismos, lo que facilita el entrenamiento en esos exámenes, ya que nunca puede dejar de ser exacto, que se aprende mejor haciéndolo, aun cuando se trate de algo sencillo.

La enseñanza así exclusivamente de una materia todos los días, acerca más los alumnos a los profesores, lo que facilita trasmitir más conocimiento teórico prácticos. Pero este sistema de enseñanza solo es recomendable para esas disciplinas en que se enseña materias de determinada especialidad, y en un tiempo en que un número limitado de alumnos puede reunirse en un nosocomio por las mañanas y por las tardes para recibir esas enseñanzas de especialidades tan importantes como las consideradas, y en en las que concentran toda su atención. Cada uno de los miembros del personal docente de la Cátedra que les dirige en su aprendizaje podrá tener intervención en parte de la enseñanza, ya que debe repetirse tres veces, es decir, que cada miembro podrá hacer solo parte de la enseñanza, inclusive los Profesores Principales Titulares, y así estos y los Catedráticos auxiliares y otros miembros de ese personal dictarán clases sobre distintos temas de cada disciplina. Por lo demás, este sistema de enseñanza de una sola materia durante varias horas de las mañanas y de las tardes aplicado en alumnos de 7º año ha de dar los mejores resultados pues esos alumnos tienen ya ilustración suficiente, principalmente en cuestiones médicas para obtener todo el provecho de esa enseñanza intensiva. Con tranquilidad podrán ocuparse de estudiar solo una materia durante tres meses. Así la enseñanza de la Ginecología se dará a los alumnos dedicados tres meses al desempeño de internados en el Hospital Arzobispo Loayza quienes tendrán oportunidad de atender clases de Ginecología en las mañanas y en las tardes, realizarán el examen de buen número de enfermas con ginecopatías bajo la dirección del personal docente de la Cátedra, y presenciarán, y aún tendrán intervención en operaciones ginecológicas. Dedicados así al estudio de esa sola disciplina los alumnos han de obtener en la enseñanza de la Ginecología más amplios conocimientos teóricos y prácticos que los que pudieran obtener estudiando simultáneamente otras disciplinas. Lo mismo ha de ocurrir en la enseñanza de la Obstetricia en que los alumnos recibirán del personal docente de la Cátedra enseñanza teórica y práctica en las mañanas y en las tardes, examinarán buen número de mujeres grávidas, parturientas y puérperas, y atenderán también buen número de partos bajo la dirección del personal docente de la Cátedra, y presenciarán, y aún tendrán intervención en las operaciones obstétricas. Además, en el internado de Maternidad recibirán enseñanza de Puericultura en consultorios y en las salas. Ha de

ser suficiente la enseñanza teórica práctica de la Pediatría que se dará a una parte de los alumnos del 7º año, quienes durante los tres meses de su internado en el Hospital del Niño, recibirán esa enseñanza en las mañanas y en las tardes y con la dirección del personal docente de la Cátedra atenderán enfermos en Consultorios y Salas. También como en la enseñanza de la Ginecología y de Obstetricia los alumnos harán o intervendrán en las prácticas de exámenes auxiliares y de laboratorio que necesiten los enfermos que estudien. De las especialidades Urología y Neuropatología recibirán parte de los alumnos de 7º año enseñanza teórico-práctica en las mañanas y en las tardes durante los tres meses de su internado en el Hospital Dos de Mayo. Igual a la enseñanza de las otras disciplinas Clínicas de especialidades, los alumnos harán o intervendrán en las prácticas de exámenes auxiliares de laboratorio que necesiten los enfermos que estudian.

Habiendo terminado el alumno el 7º año después de haber desempeñado el internado en los cuatro ciclos trimestrales podría ser designado para desempeñar el cargo de comisionado sanitario en uno de los núcleos de población diseminados en extenso territorio y, si le fuese posible atendería a los núcleos vecinos. En el desempeño de ese cargo tendría la inmediata dirección del médico titular de la respectiva provincia a que pertenece la región en que lo desempeña. El Estado con estos Comisionados Sanitarios prestaría atención a los pobladores de esas partes del territorio nacional, y los futuros médicos podrían aplicar los conocimientos adquiridos en sus estudios, y prestarían servicios a su país, que ha facilitado su educación médica, ya que ésta es costosa, y sólo puede darla la Facultad de Medicina, con la cooperación económica que recibe del Estado. Cada alumno presentará un trabajo acerca de las condiciones sanitarias de la región en que ha tenido actividades médicas, y con este trabajo obtendría el grado de Bachiller en Medicina.

Es innegable que el mayor número de los núcleos de población de nuestro extenso territorio, no tiene, ni ha tenido en época alguna, atención médica. Las enfermedades que adolecen los que forman esos núcleos de población, no han recibido tratamiento, o si lo han recibido ha sido el empleado desde épocas más remotas, y que está inscrito en la medicina folklórica; en general ha consistido ese tratamiento en las más groseras prácticas del empirismo de que se han ocupado Patrón, Valdizán, Lavorería, Tello y otros médicos peruanos. La presencia de los futuros médicos, en esos núcleos de población, .contribuirá a la transformación de las costumbres, de la vida de los que componen esos núcleos, que constituye el mayor porcentaje de la población del Perú.

Los futuros médicos al poner en práctica medidas científicas para la prevención de las enfermedades, han de hacer que de los habitantes de las regiones en que actúen se alejen la Verruga, el Sarampión, la Tos Convulsiva, el Tifus, la Disentería y otras enfermedades de que padece un grueso

número de los que componen esos núcleos de población. Pero no sólo serán los Comisionados Sanitarios, avanzados propulsores de la Medicina Preventiva, en esos núcleos de población, sino que serán también los que faciliten la curación de enfermedades de esos habitantes del país, con sus eficientes terapéuticas.

Es evidente, que las actividades de los futuros médicos, han de ser objetivas para esos habitantes. Efectivamente los ostensibles resultados de esas actividades, y la acción social que han de tener, en esos núcleos de población, se ha de dejar sentir. Su absoluta repulsión, por las bebidas alcohólicas, por la coca, su honesta vida, en lo posible dentro de condiciones higiénicas, han de ser trascendencia para la transformación del nivel higiénico, cultural y social de los habitantes.

Los Comisionados Sanitarios para ser médicos, antes de los correspondientes exámenes, solo les resta presentar su tesis de Bachillerato que puede ser el trabajo de investigación, precisamente vinculado en su contenido, a la realidad geográfica, social y en cuanto a las condiciones sanitarias de los lugares en que están situados esos núcleos, y de los sujetos que lo constituyen; haciendo ese trabajo, cada futuro médico habrá contribuído a que se conozca mejor gran parte de nuestro país, ya que los trabajos científicos de todos esos comisionados sanitarios han de ser difundidos al publicarse, lo que no dejará de hacerse, desde que en realidad se refieren a puntos de tanta importancia, que conciernen a la salubridad pública de poblaciones radicadas en vastas extensiones de nuestro territorio. Siendo esto así, el Estado por medio del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social no dejará de dar facilidades de todo orden para que esos futuros médicos desempeñen sus funciones en esos núcleos de población. Podría aun considerarse que el desempeño de ese cargo sanitario, completa la Educación Médica, y entonces ha de aceptarse que la suma de dinero que el Estado invierta en el sostenimiento de estos Comisionados Sanitarios solo incrementaría algo la suma con la cual el Estado solventa casi íntegramente la Educación Médica, ya que no puede pensarse que con la exigua suma de doscientos soles que cada año abona todo alumno, se atiende a su Educación Médica, que es tan costosa, y la que en realidad es solventada en gran parte, por el Estado, interesado en que haya en el país, el número suficiente de médicos, y por eso, a la Facultad, que tiene la finalidad de la enseñanza de la medicina, le ha de dotar de los recursos para que sus profesores y alumnos se dediquen al estudio de la Ciencia y de la Medicina y de la investigación, sabiendo que la Medicina, para su desarrollo, requiere el estudio de la Ciencia, y que la investigación científica, ha intensificado en todas, el desarrollo de los estudios médicos. Entre nosotros, dentro de la relatividad de nuestras posibilidades económicas y científicas, principalmente dentro de las primeras, ha de reiterarse una vez más que deberá fomentarse la investigación. Los alumnos de la Facultad, que despues de terminar sus estu-

dios de 7º año harán aplicación de sus conocimientos, en núcleos de población situadas en lugares alejados de la Capital, pueden investigar en relación a las condiciones de vida, de salud, de enfermedades, de cada uno de los componentes de esos núcleos. Además, ellos estarán lo mejor capacitados, con su instrucción superior, para difundir la cultura, y con su acción han de conseguir que conserven su salud, los pobladores de las zonas en que han de actuar, a quienes han de ponerlos a cubierto de enfermedades.

En algunos lugares en que radican esos núcleos de población, ha de propugnarse incansablemente el funcionamiento de Centros de Medicina preventiva, y aún de Hospitales. Estos centros de trabajo y atención, han de estar bien equipados, y han de constituír la principal preocupación de los médicos y es desde allí, de donde han de irradiar las mejores actividades en beneficio de la colectividad.

Con la acción médica así ejercida, ya de hecho tiene que considerarse que en esas regiones, en que se ejerce, se encontrará establecido el ejercicio de la medicina colectiva, ya que allí, en la atención a los habitantes de esos lugares alejados, no es posible ejercicio de la medicina individual. En realidad, no podría médico alguno, subsistir allí en esos lugares, del ejercicio de su profesión. Hay evidencia, que en esos lugares, el ejercicio de la medicina, sólo ha de hacerse por médicos al servicio del Estado.

Por supuesto, que siendo primordial conservar la salud de los habitantes del país que constituye el capital más preciado y no adquirible de una nación, el capital humano, que es factor esencial para el desarrollo de la producción de un país, no puede dejarse de considerar, que el Estado ha de seguir fomentando la buena atención de los habitantes de esas regiones alejadas del territorio nacional, ya con los comisionados sanitarios, ya con médicos si los hubiese, en número suficiente para atender en todas esas regiones. Por lo tanto de hecho el ejercicio de la Medicina Colectiva, se impone para los habitantes de esos lugares, por las condiciones geográficas, las condiciones del género de vida que no son las de los habitantes de las Ciudades, ni acaso de otros países de la tierra. Por las condiciones naturales pre establecidas, en realidad será impuesta allí la Socialización de la medicina, a la que se aproxima a pasos, por lo general, acelerados, el ejercicio de la profesión médica en algunos países.

De todos los modos, es innegable que en nuestro país es indispensable prestar atención médica a los habitantes de los lugares más alejados, y para esa atención, los futuros médicos, tendrán la preparación suficiente, adquirida en siete años de estudios médicos, o sea la capacidad de preparación para afrontar las responsabilidades de su atención, a esos habitantes, generalmente de primitivas costumbres, y aún rehacios a prestarse a recibir la atención médica.

dios de 7º año harán aplicación de sus conocimientos, en núcleos de población situadas en lugares alejados de la Capital, pueden investigar en relación a las condiciones de vida, de salud, de enfermedades, de cada uno de los componentes de esos núcleos. Además, ellos estarán lo mejor capacitados, con su instrucción superior, para difundir la cultura, y con su acción han de conseguir que conserven su salud, los pobladores de las zonas en que han de actuar, a quienes han de ponerlos a cubierto de enfermedades.

En algunos lugares en que radican esos núcleos de población, ha de propugnarse incansablemente el funcionamiento de Centros de Medicina preventiva, y aún de Hospitales. Estos centros de trabajo y atención, han de estar bien equipados, y han de constituír la principal preocupación de los médicos y es desde allí, de donde han de irradiar las mejores actividades en beneficio de la colectividad.

Con la acción médica así ejercida, ya de hecho tiene que considerarse que en esas regiones, en que se ejerce, se encontrará establecido el ejercicio de la medicina colectiva, ya que allí, en la atención a los habitantes de esos lugares alejados, no es posible ejercicio de la medicina individual. En realidad, no podría médico alguno, subsistir allí en esos lugares, del ejercicio de su profesión. Hay evidencia, que en esos lugares, el ejercicio de la medicina, sólo ha de hacerse por médicos al servicio del Estado.

Por supuesto, que siendo primordial conservar la salud de los habitantes del país que constituye el capital más preciado y no adquirible de una nación, el capital humano, que es factor esencial para el desarrollo de la producción de un país, no puede dejarse de considerar, que el Estado ha de seguir fomentando la buena atención de los habitantes de esas regiones alejadas del territorio nacional, ya con los comisionados sanitarios, ya con médicos si los hubiese, en número suficiente para atender en todas esas regiones. Por lo tanto de hecho el ejercicio de la Medicina Colectiva, se impone para los habitantes de esos lugares, por las condiciones geográficas, las condiciones del género de vida que no son las de los habitantes de las Ciudades, ni acaso de otros países de la tierra. Por las condiciones naturales pre establecidas, en realidad será impuesta allí la Socialización de la medicina, a la que se aproxima a pasos, por lo general, acelerados, el ejercicio de la profesión médica en algunos países.

De todos los modos, es innegable que en nuestro país es indispensable prestar atención médica a los habitantes de los lugares más alejados, y para esa atención, los futuros médicos, tendrán la preparación suficiente, adquirida en siete años de estudios médicos, o sea la capacidad de preparación para afrontar las responsabilidades de su atención, a esos habitantes, generalmente de primitivas costumbres, y aún rehacios a prestarse a recibir la atención médica.

No solo ha de estimarse como el complemento de la Educación Médica, esa atención de los ex-alumnos a los habitantes de regiones alejadas, sino que también ha de estimarse que contribuirá a la acción sanitaria que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, y también esos comisionados sanitarios han de contribuir al mejor conocimiento bajo el punto de vista sanitario y aún social de las regiones en que han de actuar, en las que han de propender a que se adopten eficaces medidas para el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes, con lo que se habrá dado un avance de consideración en bien de nuestro país.

En cuanto a la manera de dar Educación Médica deberá reiterarse que es incuestionable que la Facultad ha de propugnar que predomine la enseñanza teórica práctica, en buena parte de aplicación práctica: enfermos, laboratorios y otros elementos serán utilizados en esa enseñanza.

Los seminarios no siempre han de ser utilizados, ya que para la discusión de temas de parte de los que en ella intervieniesen, se requiere que esos temas sean ampliamente conocidos por ellos, sobre todo en sus fundamentos básicos. Por eso es aplicable el seminario en las enseñanzas de Clínica Médica por que los alumnos que discuten desde allí, sobre temas que corresponden al estudio Clínico, tienen los correspondientes conocimientos de disciplinas pre-clínicas.

No debe desestimarse en absoluto, las disertaciones, conferencias, lecciones teóricas magistrales. Para que alcance a ser eficiente la Educación Médica que da la Facultad de Medicina, deberá adoptarse un sistema mixto que será el más adecuado y en que haya clases teóricas, enseñanza, de seminarios y trabajos prácticos clínicos, y de laboratorio.

Cada Cátedra ha de ser un centro de enseñanza y de investigación, en donde los docentes han de tener facilidades para el desarrollo de su acción.

La enseñanza Médica debe hacerse también desde Institutos y por lo tanto se proveerá su creación y funcionamiento que se agregarán a los Institutos de Higiene y Medicina Social y de Biología y Patología Andina los cuales funcionan en la Facultad desde hace algunos lustros. El primero a iniciativa del Catedrático de Higiene, Profesor Carlos Enrique Paz Soldán. En el de Biología Andina se centralizan las interesantes investigaciones dirigidas por los Profesores Doctores Carlos Monge y Alberto Hurtado, para el mejor conocimiento del hombre peruano de los Andes.

Es universalmente reconocida la importancia que tiene para la Educación Médica el funcionamiento de los Institutos y también para el adelanto de las investigaciones científicas que a su vez marcan avances en el desarrollo y progreso de los Estudios Médicos. En atención a todo esto deberá propenderse a la creación y funcionamiento de Institutos, preferencialmente de Fisiología, de Bioquímica, de Neuro Psiquiatría, de Farmacología y Terapétutica y el de Obstetricia; en este último además de las labores de investigación se coordinan la enseñanza de la Obstetricia no solo con la de Gi-

necología, sino con la de Puericultura y aun con la Higiene y Medicina Social, lo que, precisamente se ha de tener muy presente para orientar la creación y el funcionamiento de ese Instituto estructurado con la base de esas coordinaciones. En él con esa orientación ha de hacerse también la enseñanza a las Enfermeras Puericultoras, y Obstetrices, ya que en ese Instituto serán atendidas las madres antes del embarazo, en el embarazo, durante y después de parto; allí también serán atendidos los niños, ya que se darán desde allí reglas para que sean concebidos dentro de condiciones de normalidad, para que tengan higidez desde su vida intrauterina y se darán reglas también para conservarles la salud después de nacidos. En ese Instituto que en realidad será de Maternidad, de Obstetricia, de Puericultura y de Ginecología, debe predominar la difusión y también puesta en práctica de todo lo que sea conducente a la protección a la madre y el niño. Allí se hará la enseñanza de la Puericultura con toda la amplitud como la han preconizado los Profesores de Puericultura y Pediatría de la Facultad. Desde la Enseñanza de la Obstetricia considera la Puericultura preoconcepcional. vinculada a la Eugenesia por anticipar condiciones de sanidad que han de reunir los progenitores, y de desarraigar, en lo que fuese posible, la morbosidad de la herencia. Será pues extendida la Educación Médica a la verdadera Puericultura preconcepcional, o sea a desde antes de la observación de la gestación, y por supuesto que a esta también será extendida, y en la que ha de haber preocupación del médico obstetra unida a la del médico puericultor para preservar la vida normal intrauterina del futuro ser, para lo que se preocuparan por que se apliquen a la embarazada las disposiciones adecuadas, ya de orden médico de protección a la gestante, también de orden social, legal, educacional con todo lo que la Puericultura pre-natal o intrauterina contribuye a que mientras dura el embarazo el nuevo ser tenga asegurada su existencia en el útero en condiciones adecuadas, y que desde que nace tenga las mejores condiciones para la vida, aunque de esta también se ocupa la Puericultura pos-natal.

Es pues desde todo punto de vista indispensable la coordinación de la enseñanza de la Obstetricia con la enseñanza de la Puericultura, y además de las coordinaciones que tiene con las de Ginecología y de Higiene y Medicina Social. No debe dejarse de tener presente que a estas otras disciplinas pueden estar también conexionadas al presentarse influencias de factores cuya investigación o estudio sean del resorte de alguna o algunas de esas otras disciplinas. Pero las principales conexiones son las puntualizadas que son las que han de tenerse muy en cuenta para el funcionamiento del Instituto de Obstetricia.

Por lo demás, puede adelantarse con buen fundamento que ha de hacerse en ese Instituto importante labor de investigación, y que ha de ser de lo más perfeccionada la enseñanza de la Obstetricia en nuestra Facultad al

hacerse en ese mismo Instituto así estructurado y con la coordinación con otras disciplinas.

Se propenderá a la creación de un Instituto de Farmacología y Terapéutica, y desde él a los alumnos se les suministrará enseñanza de esas disciplinas, y se estudiará la verdadera acción de los medicamentos y específicos, a fin de que no se sorprenda la credulidad de los enfermos con la propaganda que, por lo general, exagera la acción de los medicamentos o específicos. También los resultados del estudio acerca de estos, que se hará conocer a los alumnos, servirá a estos para su práctica principalmente de Terapéutica.

El Instituto de Radioterapia, el Instituto de Higiene, el Hospital del Seguro Obrero, la Asistencia Pública, Centros de Medicina Preventiva, y otras dependencias del Estado, no solo del ramo de Salud Pública y Asistencia Social, sino de otros ramos, deberán estar conexionados con la Facultad, para contribuir a facilitar la Enseñanza de la Medicina, y el aprendizaje de los alumnos. Lo que no puede dejar de ser así, desde que el Estado es el propulsor de la Educación Médica, y no ha de dejar de prestar a la Facultad, todas las facilidades, para que la suministre con eficiencia, conexionando así sus dependencias.

Las Cátedras de Radiología, Oftalmología, Otorinolaringología, Urología, Neuro Patología, Dermatología, Sifilografía, Psiquiatría, Ginecología, con el respectivo personal docente colaborarán en la enseñanza de las Clínicas de la Facultad, aportando a los alumnos los conocimientos de esas disciplinas de especialidad, en relación con las enfermedades que estudian los alumnos en esas Clínicas.

Contribuirá a facilitar los estudios médicos en el país, y a que sea perfeccionada la Educación Médica, los museos que debe propender a que en lo posible se organicen en cada Cátedra.

Constituirá una de las finalidades de la Facultad de Medicina, el estudio de especialidades, que tendrá adecuada organización. Solo los profesionales que hayan seguido ese estudio, podrán ejercer la correspondiente especialidad, lo que acreditarán con el certificado expedido por nuestra Facultad, que les capacite para ese ejercicio.

También se organizarán cursos para graduados, que no tendrán prolongada duración y que serán de perfeccionamiento de estudios médicos. De preferencia seguirán esos cursos, los médicos que ejercen en las distintas regiones del país. El Estado propenderá a que se facilite que reciban esa enseñanza los médicos que ejercen en provincias cargos dependientes de la Dirección de Salubridad. Estos cursos de post graduados, que serán dados en cada año, a los médicos que han de recibir esa enseñanza, les dará oportunidad para hacer estudios en los Departamentos de la Facultad, en sus Clínicas, Laboratorios e Institutos.

Esos cursos de perfeccionamiento, serán organizados por algunas Cátedras, y por la Facultad misma, la que deberá auspiciar que la Educación Médica se extienda hasta los graduados, ya que así propenderá a que puedan tener los médicos facilidades para completar o perfeccionar sus conocimientos; y también, porque no debe dejar de alentar la aspiración del médico a perfeccionar sus conocimientos, y perfeccionarse en la aplicación de ellos, va siendo más médico.

Los estudios de perfeccionamiento, podrán hacerse acerca de las materias de que se ocupan algunas de las Cátedras de la Facultad, por ejemplo, de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Nutrición o Dietología, u otras.

Por supuesto, que además de las Especialidades señaladas, se irán organizando en la Facultad, estudios de otras y no sólo de especialización, sino de perfeccionamiento de los que se podrá expedir los respectivos certificados, a quienes los hubiesen seguido a satisfacción del personal docente de la correspondiente Cátedra, que dirige esos estudios de especialización en determinadas materias.

Al funcionar con regularidad cursos de perfeccionamiento de graduados, se ha de hacer conciencia en los médicos, que la acción de la Facultad se desarrolla en pro de la intensificación de su cultura, y de la facilitación de sus labores asistenciales, con el aporte de conocimientos, que procurará darles en esas enseñanzas de cursos de perfeccionamiento y de post graduados, y también con la admisión a cuanto Instituto tenga la Facultad, de todo el que tenga interés en investigar. Con esta acción se conserva el nexo de los médicos con el alma mater, con la Facultad de Medicina. Y es evidente, que ellos han de intensificar su reconocimiento, su afecto, y cariñoso recuerdo para ellas, al apreciar la preocupación que pone en que progresen con la enseñanza de esos cursos.

La Academia Nacional de Medicina también debería tener oportunidad de intervenir de alguna manera, en el perfeccionamiento de los estudios médicos, y en la investigación. Su alta finalidad referente a la intensificación en la cultura, armoniza con esa intervención. La Educación Médica es compleja, y una Institución de los elevados prestigios de la Academia de Medicina, podría acudir a prestar su noble y eficiente colaboración en la Educación y en la Investigación Médica. Academias de Medicina de otros países, han ampliado su radio de actividades, desplazándolo hacia enseñanzas de cursos de perfeccionamiento, y dirigiendo trabajos de investigación. La Academia de Medicina de Buenos Aires, de tan grandes prestigios como la de Lima, ha entrado en esas actividades, que son complementarias de la Educación Médica, que se suministra con tanta eficiencia en las Universidades de la República Argentina. Ya en otra oportunidad un Académico, el distinguido Profesor Fortunato Quesada, presentó una iniciativa referente a que la Academia Nacional de Medicina tuviese actividades análogas a las

mencionadas que tiene la Academia de Medicina de Buenos Aires. Para insistir ahora en esa acertada iniciativa, y propugnar que nuestra alta Institución intervenga también en el perfeccionamiento de los Estudios Médicos, y en la Investigación, me ha impulsado el sincero anhelo de que se afirme, aún más, la eficiencia de la Educación Médica, y el desarrollo de las investigaciones en nuestro país.

El personal docente de la Facultad, estará constituído por el Catedrático principal titular, Director del Departamento, que tendrá a su cargo, la enseñanza coordinada de las Cátedras que se dictan en el Departamento, estas podrán estar a cargo de Catedráticos Principales, Agregados, Libres o Auxiliares. Los Jefes de Clínica, o de trabajos prácticos, o de Laboratorio, colaborarán en la enseñanza. También se nombrarán para cada Cátedra, ayudantes, cargos que desempeñarán médicos, alumnos, o ex-alumnos, quienes colaborarán en la enseñanza, debiendo elegirse para esos cargos a los que tengan vocación para la docencia.

Con el personal docente adecuado para cada Cátedra, se suministrará la enseñanza, la que íntegramente no será suministrada siempre por el Catedrático principal, pero sí siempre él orientará la enseñanza que se dá en las Cátedras que funcionan en su Departamento; los demás miembros del personal docente de la Cátedra, serán encargados de la enseñanza de partes de las respectivas disciplinas. La vocación, la dedicación a la labor docente, y la preparación especial en la materia que se enseña que se destacarán en el ejercicio de la misma docencia, ha de ser el requisito más adecuado que ha de tenerse en consideración para obtener ascenso en la docencia, que podrá alcanzarse desde ayudante o jefe de clínica o de trabajos prácticos o de laboratorio, instructor, encargado de enseñanza, profesor auxiliar, profesor agregado, profesor libre y catedrático principal titular. Solo en casos excepcionales puede concederse iniciar la docencia sin seguir esta graduación, a profesionales con destacadas condiciones de preparación especial y vocación para el ejercicio de la docencia.

La Facultad de Medicina otorga los grados de Bachiller y de Doctor, y el título de Médico Cirujano. El grado de Bachiller lo otorga a los alumnos desde que están matriculados en el sexto año y previa presentación de una tesis que puede ser sobre un tema correspondiente a los estudios o investigaciones que ha hecho. El título de Médico cirujano se otorga a los ex-alumnos que hayan obtenido el grado de Bachiller en Medicina. El grado de Doctor se otorgará a los Médicos previa aprobación de una tesis que deberá referirse a tema de Medicina Nacional, y también aprobación en los estudios especiales que habría hecho el postulante en la sección doctoral, que será organizada por la Facultad. El postulante al grado de Doctor también deberá haber tenido labores de investigación, que tendría facilidades para realizar en el Instituto de Investigaciones Médicas o en otro que funcionará

en la Facultad de Medicina, o las hará en alguna de las Cátedras de la misma.

Las Bibl'otecas facilitan los estudios médicos e intensifican la cultura de los que a ellos se dedican, y también facilitan la investigación, y la enseñanza de seminario. Por lo tanto, ha de ponerse preocupación, en que la Biblioteca de la Facultad con esas finalidades, tenga organización técnica, y que reuna libros bien seleccionados. Además, en lo posible, los Departamentos, serán dotados de Bibliotecas, de modo que docentes y alumnos, puedan tener oportunamente a su disposición, obras para las consultas que sea necesario hacer.

La Biblioteca debe tener conexión con la enseñanza que se da en la Facultad de Medicina de distintas disciplinas, propugnando suministrar el conocimiento de la correspondiente Bibliografía en la enseñanza de Seminario, y también, colaborando en toda clase de estudios médicos, y en la investigación.

La Biblioteca de nuestra Facultad con el progresivo perfeccionamiento en su organización, va acercando en los alumnos, la posibilidad de que consulten más obras. Con Bibliotecas en Cátedras, como la que funciona para las Cátedras que se dictan en el "Hospital Dos de Mayo", ha de seguirse contribuyendo al progreso de los estudios médicos, de la enseñanza y de la investigación, y se propulsará permanentemente la cultura médica.

Desde la Biblioteca deberá hacerse conocer a los alumnos su funcionamiento, y señalarles la manera cómo han de estudiar y consultar los libros con la intervención de su auto actividad. Esta es también primordial en la Educación Médica moderna, en la que va siendo de menor importancia la exposición doctrinaria, ya que es el alumno el que estudia, dirigido por el Profesor el que también revisa y modela el aprendizaje del alumno que utiliza los libros a su alcance, que serán recomendados por los respectivos Profesores, y por las Bibliotecas de la Facultad.

Una Biblioteca, con buen número de libros de consulta debe situarse en cada Nosocomio en que se hace enseñanza Clínica, para que en ella de inmediato pueda hacerse por los alumnos la consulta de problemas de orden clínico, que a diario pueden suscitarse en el estudio de los enfermos.

La cultura física de los alumnos, no puede dejar de ser auspiciada, dentro de la Educación Médica. Se dará en un Departamento de Cultura Física, la enseñanza correspondiente, de modo que dentro de las mejores condiciones, sean practicadas las actividades que se refieren a la cultura física.

Para contribuir a que tenga eficiencia la Educación Médica que suministra la Facultad de Medicina, deberá ésta tener un Departamento de Asistencia Social, en que no solo se atienda a los alumnos en sus enfermedades, sino que de toda preferencia se les atenderá, debidamente, siguiendo directivas adecuadas con la finalidad de la preservación de su salud, en todos sus aspectos. Esto es, que funcionará en ese Departamento, un verdadero

Centro de Medicina Preventiva que servirá también para el correspondiente aprendizaje práctico de alumnos, en lo referente a éste importante y tan trascendental tema, la Medicina Preventiva, que es de lugar preferente en los estudios, y en su aplicación diaria, persistente, sin limitación alguna, y que bien puede afirmarse, que es el principio del fin de las enfermedades del mundo. En ese Centro, será considerada en lo posible, la situación de cada alumno, para la atención que la Facultad ha de prestarle si fuese necesario, con el fin de contribuir del modo más eficaz, a que cada alumno pueda seguir sus estudios en buenas condiciones de salud, y alejado de las preocupaciones emergentes de dificultades que le puedan perturbar. La Facultad debe tener la seguridad de que sus alumnos tienen higidez física, y a ello propenderá desarrollando actividades encaminadas a que los alumnos tengan cómodos alojamientos en lugares salubres, y buena alimentación, y adecuados vestidos.

Los que se dedican a estudios médicos, es primordial que tengan mente sana y cuerpo sano, y, a que una y otro tengan los alumnos, propenderá la Facultad con el adecuado funcionamiento del Departamento de Asistencia Social.

La Facultad de Medicina contribuirá a difundir conocimientos de medicina que sean útiles a individuos y colectividades por medio de Conferencias o publicaciones, con lo que desarrollará una acción encaminada ya a la extensión cultural, ya a la medicina preventiva.

La excursión de alumnos de la Facultad, a las regiones del país, principalmente de la Selva, han de hacerse con toda regularidad, con la finalidad de apreciar sobre el terreno, las condiciones en que viven los habitantes de esas regiones, sus necesidades, y también permitirá darse cuenta mejor de los factores que influencian la etiopatogenia y la evolución de las enfermedades, y para tener mejor comprensión de la Medicina Preventiva, de las prescripciones que se deben dictar para prevenir el desarrollo de las enfermedades, y para la aplicación del correspondiente tratamiento curativo.

Ultimamente se han vuelto a promover viajes de alumnos de Medicina a países de Sud América. Aunque con estos viajes, por el corto tiempo que los alumnos permanecen en las ciudades en que funcionan Universidades, no pueden obtener suficientes aportes para perfeccionar sus conocimientos, no dejarán de serles provechosos esos viajes, en que apreciarán el funcionamiento de la Facultad de Medicina en esos países, que está solventado ampliamente, y que se hace ese funcionamiento en locales construídos especialmente para la enseñanza de la Medicina, y con equipos de los más perfeccionados, todo lo que no tiene nuestra Facultad, sino de nuestros dignos docentes, que se esforzaron siempre por compensar esas deficiencias emanadas de que no tiene nuestra nuestra Facultad rentas suficientes para te-

ner esos costosos locales de Laboratorios y Clínicas, y perfeccionados equipos para emplearlos en la enseñanza a los alumnos.

No puede la Facultad dejar de auspiciar que los médicos egresados de ella y sus Catedráticos, hagan estudios de perfeccionamiento en el extranjero; tal vez sea insuficiente la duración de un año en que se ha hecho últimamente esos estudios, los que deberían tener la duración de dos años. Pero esos estudios, que es de desear sean realizados por todos nuestros docentes no han de señalarse como condición indispensable para la promoción, para el ascenso en la carrera docente. Al respecto se debiera tener presente para no señalarlos como condición indispensable, que buen número de los docentes que también tuvieron destacada actuación en nuestra Facultad no hicieron esos viajes, y se tendrá presente siempre que las rápidas comunicaciones que hay ahora en todo el mundo y la difusión de las Revistas Médicas y Libros de Medicina que consignan los últimos adelantos de los estudios e investigaciones ponen al médico moderno en conocimiento relativamente inmediato de todo lo que va innovándose en Medicina, lo que antes solo podía obtenerse con viajes al extranjero a hacer estudios de perfeccionamiento. No obstante estos darán siempre una visión más completa de la puesta en práctica de los últimos adelantos en la medicina, y es por ello que la Facutlad no puede dejar de auspiciar estos estudios de perfeccionamiento en el extranjero que suscitan mayor interés en los que realmente tienen afán de superación cultural. De preferencia deberá ser preocupación persistente de nuestra Facultad que los docentes tanto de las disciplinas básicas como de las Clínicas viajen al extranjero para hacer estudios de perfeccionamiento. En esos viajes los docentes al visitar las Universidades, en estas apreciarán como está organizado el funcionamiento de las Cátedras de su regencia, y así en estas podrán, si lo juzgan necesario, hacer las innovaciones que le sugieran los resultados de su visita a esas Universidades.

La Educación Médica que suministra la Facultad de Medicina se extenderá a dar conocimiento a señoritas para que adquieran el título de Obstetriz. La enseñanza que ha de darse en conexión con el Departamento o el Instituto de Obstetricia de la Facultad ha de tener orientación de enfermería, de obstetricia, de ginecología y de protección a la madre y al niño.

También deberá la Facultad de Medicina tener la dirección de la enseñanza de las Enfermeras que son indispensables para la asistencia de los enfermos.

Tanto en lo referente a la Educación Médica de las obstetrices como de las enfermeras no es mi objeto ocuparme aquí sino de la Educación Médica en relación a la preparación de médicos para el ejercicio de la medicina, para las actividades sanitarias, y para los que se han de dedicar a la investigación científica en el campo de la medicina.

Por supuesto, que en la Escuela de Médicos Sanitarios, que siempre deberá funcionar en la Facultad, recibirán enseñanza especializada, los mé-

dicos que necesitan conocimientos especiales para dedicarse a actividades sanitarias, principalmente, en el ramo de Salubridad.

No ha de descuidar la Facultad, la enseñanza de la Medicina Militar en todos sus aspectos, la que será suministrada desde los respectivos Departamentos de Medicina y Cirujía. En esa enseñanza los Catedráticos, Directores de Departamento, cuando lo juzguen necesario, podrían dar intervención al personal de Médicos de Sanidad de las Fuerzas Armadas de la Nación.

Enfocada la Reforma de la Educación Médica, no ha de dejar de tener repercusión favorable en su eficiencia y en su progreso. Para tener seguridad de que esto ha de alcanzarse, ella deberá ser estructurada por la Facultad de Medicina, enterada ampliamente, como no lo está entidad alguna, de todo lo que concierne a la Educación Médica.

Los buenos y elevados propósitos de los legisladores y funcionarios del Gobierno, han de tenerlo presente, y han de dar a nuestra Facultad, intervención correspondiente, para estructurar las futuras normas que pongan en funciones una Facultad de Medicina renovada, y han de asignarle suficiente respaldo económico, para que alcance a poner en práctica, las innovaciones que han de emanar de esa Reforma.

Por su parte los docentes que, en realidad, con su solvencia moral tienen la dirección espiritual de los alumnos, han de fortalecer su estado anímico, su conciencia del deber, su afán por investigar la verdad, por hacer el bien. Ellos a tono de la época, continuarán prodigándose en las actividades de la enseñanza como lo hicieron docentes de nuestra Escuela Médica desde Unánue hasta los de época presente, en los que siempre destacóse esa generosidad en dar sus conocimientos, sin escatimar el tiempo que a ello dedicaran; distinguiéronse maestros con vocación docente, con un caudaloso acerbo de conocimientos, con destreza para el buen decir, para enseñar bien, y cautelosos del verdadero aprovechamiento de sus alumnos, de que realmente el aprendizaje de estos facilitaba, principalmente, por sus nutridas y adecuadas enseñanzas. Han de perseverar en inculcar en los alumnos su devoción por la cultura, su entusiasmo por el estudio, y por la investigación, y no han de omitir cuanto esfuerzo les sea posible hacer para que en sus alumnos se adentre el afán de superación en todo orden, y a ello ha de contribuir en gran parte que se abandone la rutinaria exposición que ha habituado a los alumnos dentro de una orientación memorista, aprendiendo solo para rendir los exámenes. Con la dirección del docente los alumnos estudiarán y también investigarán los que tienen disposición para investigar. Es decir que los docentes serán directores de los alumnos en el estudio y la investigación. Con este sistema puede afirmarse que han de alcanzar mayor eficiencia que ha de traducirse su mayor aporte de provecho para la Colectividad, y para el progreso y engrandecimiento del país.

Se solicita insistentemente por el alumnado su intervención en el funcionamiento de la Universidad. En lo que respecta a la Facultad de Medici-

na ha tenido eficiencia, sin la intervención del alumnado, en sus iniciativas y deliberaciones, pero no dejará de tenerla, si a los alumnos se les diese intervención en su funcionamiento, que ya tuvo en otra oportunidad, sin que por ello dejase de funcionar eficientemente, y sin que se anotase perturbación alguna. Más todavía, en la actualidad, podría facilitar el funcionamiento de la Facultad, la inmediata intervención del alumnado con delegaciones de su organismo representativo y tan prestigiado, el Centro de Estudiantes de Medicina, con persistente preocupación, como la Facultad misma, porque se facilite su mejor funcionamiento.

Se destaca en la Facultad de Medicina afán de superación con sus actividades, con las innovaciones parciales saludables que ha introducido, y con la orientación bien destacada de ampliar la intervención en la docencia a los profesionales, en quienes se señale condiciones de cultura, y de vocación para la docencia. El aumento considerable del alumnado, y la creación de Facultades de Medicina en otras Universidades del país, utilizará un mayor número de docentes, que realmente tengan capacitación para serlo.

Esa creación de otras Facultades de Medicina que ya ha sido considerada deberá enfocarse resueltamente, no solo por que se conseguirá con ellas disminuir el número ya tan considerable de alumnos que tiene nuestra Facultad, sino por que se facilitará el que puedan seguir estudios médicos alumnos de todas las circunscripciones territoriales vecinas a las respectivas ciudades en que funcionarán las nuevas Facultades, y así se habría facilitado también que se dote al país de más médicos que son tan necesarios, ya que esa dotación de mayor número de médicos no puede hacerla nuestra Facultad de Medicina. En casi todos los países de Sud-América funcionan dos y tres Facultades de Medicina y el Perú solo tiene una, con una población de más de seis millones de habitantes diseminados en un extenso territorio. Además la creación de una Facultad de Medicina en la región de la Sierra facilitará aún más la prosecución de los estudios e investigación acerca de la Biología y Patología del hombre que vive en las alturas de los Andes Peruanos, y que han sido también orientados por la Escuela Médica Peruana.

En los puntos de vista que he expuesto acerca de la Educación Médica en el Perú propugno únicamente el perfeccionamiento de la Educación que suministra la Facultad de Medicina, sin dejar de tener en consideración la realidad del país, lo que constituye mi sincera aspiración de docente y de peruano.

APARECIO !!!!!!

Introducción a la Medicina Psicosomática

Por el Prof. Dr. C. ALBERTO SEGUIN

Con Prólogo de Flanders Dunbar

"Una obra de conjunto que presenta los CONCEPTOS BASICOS y permite al estudioso tener un punto de partida para futuros avances en los muchos caminos del saber".

Un volumen lujosamente encuadernado S/o. 40.00

Distribuidor Exclusivo:

Juan Mejía Baca

Importador de Libros y Revistas Médicas

Jirón Cuzco 561 — Teléfono 37067

LIMA — PERU

Pancreatitis Aguda Supurada

Por el Dr. VICTOR BARACCO GANDOLFO

El 30 de Noviembre de 1946, ingresó al Servicio Quirúrgico (Pabellón 6) del Hospital Arzobispo Loayza, la Sra. M. C., mujer de 49 años, por padecer desde hacía algunas horas, de DOLOR intenso en el epigastrio con sensación de distensión, irradiación en cinturón a ambos hipocondrios y regiones lumbares, lo mismo que a los hombres, apreciando que era más intensa la irradiación izquierda. El dolor, permanente desde su inicio, presentaba períodos de agudización, que se manifestaban por cambios de posición en la mesa de exámenes, arrancándole gritos de angustia. Nos encontramos ante una enferma con semblante que refleja dolor y ribicundez de la cara, más manifiesta en los pómulos. Examinando la región dolorosa del abdomen, hallamos una resistencia profunda en el epigastrio, y dolor, que también se objetiva en el hipocondrio izquierdo. Presentaba una cicatriz operatoria correspondiente a la zona hepática, con aspecto normal. Paciente afebril y con pulso acelerado (90 pulsaciones por minuto). En el resto del organismo, no había ninguna anormalidad.

La Sra. M. C., no es una paciente desconocida en el Servicio Quirúrgico; fué operada hace tres meses y diez días (20 de Agosto de 1946) de litiasis vesicular y coledociana (a cálculo único) complicado con un proceso de angiocolitis, que había producido, tres pequeños abscesos en la cara inferior del lóbulo hepático izquierdo, practicándosele una colecistectomía y drenaje coledociano con sonda de jebe. El cultivo de la bilis, obtenida en el acto operatorio fue positivo al Bacilo Coli Communis. Durante el post-operatorio, drenaje por la sonda coledociana doce días, continuando la fístula biliar para cerrar veinte y ocho días después. A los catorce días de la operación, cefalea y fiebre, que se acompaña cuarenta y ocho horas después, de dolor cólico epigástrico y aumento del drenaje por la fístula biliar. Mediante la aplicación de un enema, se obtienen heces acólicas. El dolor se

hace permanente, agudizándose en varias oportunidades. Ante tal cuadro, se piensa en un espasmo del esfinter de Oddi, provocado por la infección de la vía biliar principal; descartándose la posibilidad de litiasis residual del colédoco, por ser la colangiografía, de caracteres normales. Se le practica un tratamiento con Aminofilina endovenosa, cerrando la fístula a los 28 días, siendo dada de alta cuatro días después, en buenas condiciones.

Antes de llevar adelante las investigaciones, tratamos de ampliar los datos; pero debido al estado de la paciente, no pudimos obtener mayores informes, viéndonos obligados a interrogar a sus familiares al día siguiente. Nos manifestaron, que el dolor se presentó en la madrugada en forma violenta, encontrándose la paciente en mal estado general (sin otra sintomatología) y fué necesario su traslado al Hospital por la intensidad del dolor.

Con los datos clínicos obtenidos, no era posible catalogar exactamente la enfermedad de nuestra consultante. Sin embargo, desde un inicio, orientamos las investigaciones a confirmar la sospecha de una complicación pancreática en una operada de las vías biliares. Al día siguiente de su ingreso, se agrega al dolor, náuseas y vómitos biliosos, que acentúan el decaimiento general. Al segundo día, fiebre que persiste durante ocho días; agujas febriles (38-39), remitentes, no acompañadas de calofríos ni sudoración. Al cuarto día, después de varios días de estreñimiento, despendio diarreico con cámaras líquidas frecuentes. Al sétimo día, el empastamiento epigástrico, se define en una tumoración transversal que va hasta el hipocondrio izquierdo; parece corresponder a un páncreas aumentado de volumen. En la tarde, hematemesis discreta (sangre roja) acompañada de manifestaciones de colapso que ceden al tratamiento. Al octavo día, ictericia de las conjuntivas oculares, que en los días siguientes se generaliza adquiriendo un tinte de mediana intensidad. Se acompaña de coluria y heces de color claro que dan reacción positiva al urobilinógeno (Prueba de Ehrlich). Al noveno día se instala un cuadro de dilatación aguda del estómago, con gran balonamiento epigástrico, vómitos biliosos y hemáticos, que ceden en algo a la intubación permanente y lavados gástricos. Posteriormente acusa un ileo paralítico.

De la etapa clínica pasamos a la del laboratorio con el objeto de confirmar nuestro diagnóstico. Les ofrecemos en forma esquemática, todos los datos concernientes que solicitamos:

2-12-46 600 V. S. 80 V. S. 1.3 — — — — — — — —
17-12-46 OPERACION
20-12-46 — — — — 86 4.10 3.00 1.10 Dir. ††† ††† 5555

2-12-46 4.250 11.900 82% 50% 1% 2% 16% 0% 14 gr. 12 mm. —
17-12-46 OPERACION
19-12-46 4.080.000 8.500 82 27 2 2 2 12 1 — — 0.36

Fechas	Tubaje gástrico	Tubaje biliar			Tubaje pancreático (50-60cc.)					
	Acidez	Bilis A	Bilis B	Bilis C	Bilis C	Tubo 1	Tubo 2	Tubo 3	Tubo 4	Tubo 5
3-12-46	Libre: 0 Total: 27,5 cc. de soda decinormal	100 cc. Amarilla oscura D=1.011 Escasos cristales	No se obtuvo	73 cc. Amari- claro. D= 1.012 Crista-	28 cc. de soda decí- normal.	34.5cc.	26.3cc.	22.4cc.	20.1cc.	11.7cc.

Fechas	Orina			Heces
	Densidad	Albúminas	Sedimento	Exámen microscópico
3.2.46	1.010	Traza-	Leucocitos	No se observó restos vegetales ni alimentos.
5.12.46	--	---	--	Pequeñas cantidades de grasas neutres, no hay almidón
6.12.46	--	---	---	
17-12-46	1.016	0.42 gr.	Leucocitos	

La tercera etapa, aunque ejecutada al mismo tiempo que la segunda, fué la radiológica; nos indicó, empleando el método baritado, el desplazamiento del estómago hacia adelante, el píloro abierto en forma permanente y con la primera porción del duodeno sin peristalismo. Parálisis duodenal con aumento de su diámetro. No había agrandamiento del arco duodenal por haberse practicado el estudio al cuarto día, antes de presentarse el tumor pancreático.

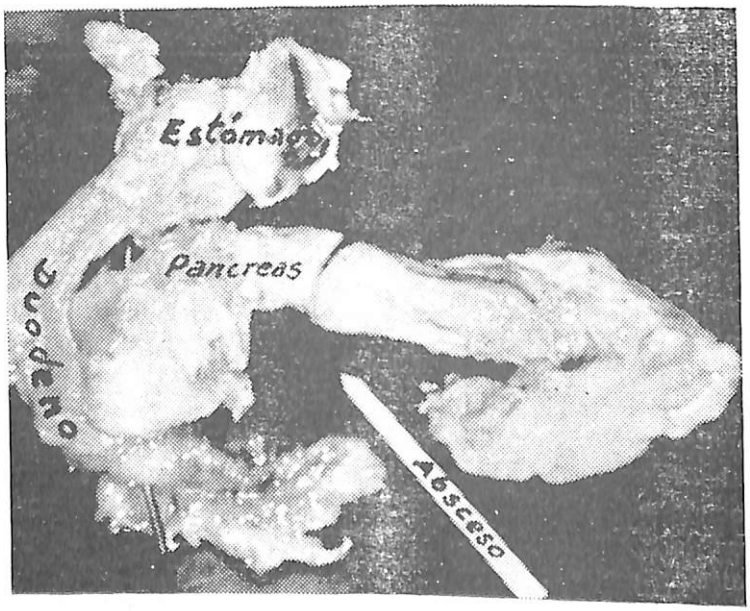
Nos encontramos a los 18 días de su ingreso a la Sala, ante una enferma con dolor permanente y diario en el epigastrio, que en algunas ocasiones se agudiza; en mal estado general y con tendencia al colapso. A este cuadro se ha sobre-añadido fiebre diaria en agujas y la palpación de un tumor que ocupa el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Advertimos, que desde entonces, la paciente acusó un sindrome de obstrucción biliar y que se instaló dilatación aguda del estómago e ileo paralítico.

Con los datos clínicos anotados, y las confirmaciones de laboratorio y radiológicas, se precisó que se trataba de una pancreatitis aguda supurada; desde entonces, la operación se imponía.

En la mañana del 17 de Diciembre, se practicó una Laparotomía, encontrándose grandes adherencias del epiplon y peritoneo con las vísceras. La exploración por encima del colon y debajo del hígado, permitió, la tunelización hasta la profundidad, abriéndose una enorme colección de pus fétida (250 cc.) y con restos de tejido necrozado. Se dejó drenaje del lugar de la colección, que corresponde a la celda pancreática. El estómago se encon-

traba dilatado. Durante el post-operatorio drenaje entre 400 y 1,000 cc. de pus con olor fecaloideo (Cultivo positivo al Coli Communis); persiste la dilatación gástrica, con hematemesis discreta algunos días, taquicardia intensa (120 pulsaciones por minuto) a la que se añade una extrasistolia, de probable origen tóxico. Falleció de colapso a los 3 días de la operación.

Practicada la autopsia, algunas horas después, anotamos la presencia de escasa cantidad de líquido ascítico en el vientre, sin apreciarse manchas de esteato-necrosis. El lugar del drenaje se comunica con el páncreas, por encima del cólon y debajo del estómago e hígado. El páncreas se encuentra destruído en la porción inferior de su cuerpo; la cabeza dura e hipertrofiada, el colódoco dilatado, no conteniendo cálculos, permeable en todo su trayecto. Ampolla de Vater abierta. La tercera porción del duodeno presenta aspecto mortificado, al igual que el estómago en su cara posterior (congestión y edema). El hígado alterado en su aspecto macroscópico, no contiene abscesos. (Ver fotografía adjunta).



La flecha señala la localización del absceso pancreático.

Diagnóstico

El reconocimiento de las afecciones agudas del páncreas, en que la sintomatología del abdómen agudo es predominante, está lejos de ser senci-

llo, como lo demuestran los frecuentes errores de interpretación diagnóstica. En primer lugar, debido al olvido de la pancreatitis frente a un enfermo con abdómen agudo; por eso Dieulafoy decía: "es necesario pensar en la pancreatitis y en el drama pancreático". En segundo lugar, porque el sindrome clínico se presta a confusión con otros procesos que conducen a análoga sintomatología.

A continuación se enumeran los diferentes elementos clínicos, de laboratorio y radiológicos, que nos orientaron para el diagnóstico, teniendo entre manos todas las piezas del proceso: Veamos juntos que es lo que debemos deducir. En nuestro caso la complejidad del diagnóstico se simplificó en algo, por tratarse de una paciente operada de las vías biliares en que se podían descartar varios procesos.

¿Qué datos clínicos se poseen para hacer el diagnóstico de pancreatitis aguda?

Enferma con antecedentes de litiasis e infección de las vías biliares, sometida hace tres meses y días a una intervención quirúrgica; que presenta un dolor intenso y permanente, localizado en el epigastrio con irradiaciones al lado izquierdo del abdómen; que desde un inicio, al examinar el vientre, se aprecia un empastamiento epigástrico, que luego se define en una tumoración que da la impresión de un páncreas aumentado de volumen y doloroso; y que a partir de ese momento, asistimos a un sindrome de obstrucción de las vías biliares, dilatación aguda del estómago e ileo paralítico. Toda esta sintomatología, evoluciona en una paciente en mal estado general, con tendencia al shock y febril desde el segundo día de iniciada la enfermedad.

¿Cuáles fueron las confirmaciones del laboratorio?

El diagnóstico de pancreatitis aguda se confirmó por un aumento de la amilasa sanguínea que alcanzó, al segundo día del proceso, la cifra de 600 U. S. (Cifra normal: 80-150 Unidades Somogyi) y de la amilasa urinaria en el límite superior de 800 U. S. (Normal: 160-800 U. S.); para en un análisis posterior, al sétimo día, permanece la amilasa sanguínea en igual nivel y la urinaria elevarse a 1,150 U. S., sin presentar la paciente insuficiencia renal ni oliguria (se sabe que las cifras de amilasa urinaria se elevan cuando disminuye la diuresis y en los casos de insuficiencia renal, los valores son más bajos). Ambas cifras de amilasa urinaria se obtuvieron con una diuresis de 900 cc. El aumento de la amilasa en la sangre y de la eliminación urinaria se debe a la destrucción de la glándula, con pasaje consiguiente de los fermentos a la sangre. Su dosaje, es un método de diagnóstico preciso, cuando se determina en los tres primeros días de la crisis pancreática aguda; posteriormente viene una curva descendente de los valores que pueden ponerse normales en 48 a 72 horas. Los niveles de amilasa elevados y sostenidos, como en nuestro caso, se encuentran en relación con una progresión del proceso pancreático o con exacerbaciones del mismo. A diferen-

cia de la amilasa, con la lipasa, aparece el aumento más tardíamente, al 2º ó 4º día, y puede persistir hasta el 8º día; desgraciadamente, no se efectuaron los dosajes por falta de reactivos.

El tubaje pancreático, realizado al tercer día, indicó una falta de respuesta al estímulo del éter introducido por una sonda en el duodeno. Normalmente es obtienen valores que fluctúan entre 50 y 60cc. de soda decinormal, y el poder digestivo del jugo pancreático (después del estímulo con el éter) es el doble que el de la bilis C. En nuestro caso, la mayor cifra de poder digestivo del aceite de olivo (medio empleado para valorar la lipasa) fué de 34.5 cc. de soda decinormal (2º tubo) y la bilis C y jugo pancreático tenían valores casi semejantes. El signo de Katsch que se manifestó, con un dolor intenso en el epigástrico irradiado al hipocóndrio izquierdo, al instilar el éter, confirmó aún más la alteración del páncreas. Kasch indica que éste signo se produce por congestión del órgano que distiende la cápsula del páncreas.

Las cifras de glicemia eran elevadas, con valores por encima de 1,30 gr. $^{0}/_{00}$. Según Bernhard y Beckman se observaría hiperglicemia en el 50% de los casos de pancreatitis agudas, existiendo glucosaria sólo en el 10%; debiéndose esta alteración del metabolismo, a que la aparición brusca del proceso no da tiempo al organismo para su adaptación a las nuevas condiciones y a la diseminación de tripsina en la sangre, cuyas propiedades destructoras sobre la insulina son bien conocidas. Experimentalmente se ha demostrado que basta 1|6 a 1|10 parte de páncreas para que el metabolismo glúcido se efectúe en la forma normal, siendo además rara la destrucción de los islotes de Langerhans. La prancreatitis, de nuestra paciente estaba localizada a una porción de cuerpo del páncreas, no siendo suficiente para explicar por este mecanismo la hiparglicemia; probablemente sea por la primera condición.

Los exámenes coprológicos fueron negativos, debido a que se efectuaron cuando la paciente se encontraba sometida a dieta hídrica.

El estudio de las vías biliares, mediante el tubaje biliar y el dosaje de bilirrubina, nos indicó retención biliar por comprensión extrínseca del colédoco. Se extrajeron por la sonda duodenal, 100 cc. de bilis A (amarilla oscura) que ponía de manifiesto una dilatación del colédoco, que se comprobó en la autopsia. La bilirrubina total que era de 0,6 mgr. %, al 4º día, aumentó al 7º día a 3,05 mgr. coincidiendo con la aparición de la tumoración pancreática y precediendo 24 horas a la manifestación clínica de la ictericia. Estos datos nos indican que la ictericia era de carácter obstructivo, por el predominio de la bilirrubina directa, la reacción de Van den Bergh directa positiva y porque la tumoración pancreática comprimía el colédoco.

¿Se precisó el diagnóstico en la etapa radiológica?

En el año 1928, Hulten señaió con todos sus detalles una serie de signos radiológicos susceptibles de encontrarse en el curso de la pancreatitis

algunos de ellos, si se les considera aisladamente, no son característicos; pero unidos a otros constituyen un sindrome radiológico de gran valor.

El estudio radiológico es de suma importancia y debe ser aplicado sistemáticamente. Reconocemos sin embargo, que en algunos casos es imposible por la gravedad del enfermo y la intolerancia gástrica.

El examen radioscópico y radiológico dió una serie de signos que nos orientaron y confirmaron una pancreatitis, a pesar de no obtener el dato confirmatorio de agrandamiento del arco duodenal (Signo de Bronner) por haber efectuado el examen antes de ser palpable el páncreas.

A la radioscopía se encontró una paresia del hemidiafragma izquierdo. Al examen radiológico, con comida opaca, el estómago estaba desplazado hacia adelante, signo que indica una colección en la retrocavidad de los epiplones; el píloro abierto en forma permanente y con la primera porción duodenal con escaso peristaltismo; parálisis duodenal con aumento de su diámetro.

Clasificación Clínica

Han surgido una serie de clasificaciones tratando de encasillar a las diferentes clases de pancreatitis agudas. Nosotros tomaremos la clasificación de José M. Del Rio, que se basa en lo clínico y lo anatómico a la vez. Su ventaja es que designa los procesos con nombres adecuados a su verdadero substractum; elimina como entidades a la pancreatitis edematosa y hemorrágica, que no son más que dos estados de necrosis; señala los distintos grados de necrosis y evita confusiones entre procesos sépticos y asépticos.

Necrosis pancreática (Pancreatitis edematosa y hemorrágica).	Hiperaguda (masiva) Aguda (focos grandes) Subaguda (focos pequeños) Atenuada (pequeños aislados)
Pancreatitis séptica primitivas	Flecmonosa Supurada Gangrenosa
Edema agudo	Edema idiopático Apoplejía Serosa Edema inflamatorio
Formas mixtas (Necrosis e infección)	Secundarias a la necrosis aguda
Biliopancreáticos	Colecitistis filtrante Peritonitis biliar o coleperitoneo pancreático

Clasificar dentro de las formas clínicas al proceso agudo de nuestra paciente, no es tan sencillo; sería remontarse a la etiología y patogenia de las pancreatitis agudas, asunto que se encuentra sin solucionar. En primer lugar, dentro de una pancreatitis aguda supurada primitiva, en la cual el cuadro clínico, no difiere en nada de la necrosis aguda, salvo la presencia de temperatura desde un inicio. Tendría a su favor el antecedente de la infección del colédoco a Coli, gérmen que también fué cultivado del pus pancreático; el proceso se habría propagado por vía canalicular. Como datos en contra, hace algunos meses presentó un accidente de probable necrosis pasajera y además, el proceso actual se inició sin fiebre, aunque se debe de tener presente que había tendencia al shock. Por último, la frecuencia de las formas primitivas, es de 1% del total de las prancreatitis supuradas (Gulecke).

En segundo lugar dentro de las formas mixtas (secundarias a una necrosis). En la actualidad impera el concepto patogénico y etiológico de Seidel y Brocq que "las pancreatitis supuradas son secundarias, en la casi totalidad, a las necrosis subagudas del páncreaas, que se infectarían posteriormente". El episodio de necrosis anterior y el inicio afebril del proceso actual, nos pondría de lado de un proceso necrotico-inicial que posteriormente se infectó.

El proceso supurativo del órgano fué concluyente por la intensidad y precocidad de los signos infecciosos, confirmándolo la leucocitosis elevada y la neutrofilia con acentuada desviación. Los hemogramas se hicieron menos intensos coincidiendo con la mejoría del cuadro clínico, aunque persistió la leucocitosis algo elevada (13.100) con desviación de los neutrófilos, a pesar de entrar a un período afebril. Nos indicaba la presencia de una colección purulenta localizada que llevó a la intervención inmediata.

Igualmente útil fué la velocidad de sedimentación (método le Cuttler) con desviaciones marcadas y persistentes.

El dosaje de colesterol sanguíneo, a pesar de la existencia de una obstrucción parcial del colédoco, se encontraba muy por debajo de las cifras normales, llegando a valores como 96 mgr.%; éste elemento de laboratorio nos pudo confirmar aún más el proceso infeccioso.

La fiebre, se hizo presente al segundo día y se mantuvo con fluctuaciones entre 38-39° durante 8 días, acompañada de taquicardia acentuada (120-130 pulsaciones); fueron dos índices clínicos de la infección. La temperatura y taquicardia cedieron al enquistar el organismo la infección, cuyo mejor índice era la leucocitosis y neutrofilia que no bajaron en ningún momento a cifras normales.

TRASCRIPCIONES.——

El Tratamiento de la Sífilis con Penicilina

Dr. GEORGE K. SCHWEMLEIN

La introducción reciente de penicilina en el equipo terapéutico de la sífilis, promete facilitar grandemente el tratamiento y control de la enfermedad. Investigaciones extensas, bajo el patrocinio del Gobierno, respecto a la eficacia de la droga en los varios períodos de la sífilis, se llevan a cabo en numerosas clínicas y centros de investigación. Aunque los resultados de estos estudios no son concluyentes, han habido varios informes preliminares y el propósito de este trabajo es de resumir brevemente los conocimientos así adquiridos.

SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA.— La penicilina ha sido administrada, principalmente, en un plan que requiere sesenta inyecciones intramusculares en siete días y medio, la dosis se da con intervalos de tres horas. También han sido llevados a cabo estudios con respecto a la combinación de penicilina con otras drogas, tales como los compuestos arsenicados o bismuto, o tratamiento de fiebre artificial adyuvante. El problema consiste principalmente en determinar la dosis total necesaria. El primer esfuerzo en esta dirección consistió en estudiar la eficacia comparativa de cuatro grupos de tratamientos dentro de la escala de las veinte dosificaciones comprendidas entre 60,000 y 1'200,000 unidades. La penicilina, aún haciendo caso omiso de la dosis, tiene un efecto profundo e inmediato en la sífilis del principio en lo que se refiere a la desaparición de los treponemas de las lesiones cutáneas así como la curación rápida de otras lesiones y la tendencia hacia la conversión de las reacciones serológicas. Como se notaron los mismos efectos terapéuticos inmediatos a despecho de la dosis total estaba bien claro que estos factores no podrían servir para determinar la eficacia de un plan dado de tratamiento. El factor que hasta ahora ha resultado de importancia es la frecuencia comparativa de las recaídas, clínica y serológi-

ca. La proporción de recaídas, es como sigue: dosis total 60,000 unidades-recaídas, 100 por ciento; 300,000 unidades 75 por ciento; 600,000 unidades 40 por ciento y 8-20 por ciento en el grupo que recibió una dosis total de 1'200,000 unidades. Estas cifras se basan en un pequeño número de casos que con el tiempo, y después de un largo período de observación pueden resultar mucho más altas en cada grupo. Por el momento, es evidente, que la proporción de recaída sigue un curso inverso al de la dosis total, por ejemplo, entre más baja es la dosis total, mayor es la proporción de recaídas.

Se observó durante dieciocho meses un grupo de enfermos que habían recibido 300,000 unidades de penicilina, 5,000 unidades intramuscularmente, cada tres horas, durante ocho días (60 inyecciones) y ocho inyecciones de 0.04 mg. de mafarsen diarios, simultáneamente y se notó que este método no era necesario, apesar de que, como era de esperarse fué mejor que si se hubiera empleado la misma cantidad de penicilina sola. Es completamente posible que una dosis total mayor de penicilina empleada con el mafarsen pueda rendir una proporción de curaciones mayor que con cualquiera de las dos drogas empleada por sí sola. La penicilina tiene una ventaja inestimable sobre otros modos de tratamiento en que no presenta los graves riesgos de la quimioterapia. Una leve reacción de Herxheimer, sin embargo, ocurre en algunos de los enfermos. Cuando existe, aparece generalmente durante las primeras cuarenta y ocho horas, consistiendo en temperatura, escalofríos, malestar general ocasionalmente dolor intenso en el sitio de las lesiones genitales. Esto generalmente no exige la suspensión del tratamiento y tiene un carácter transitorio. Las otras reacciones consisten en disturbios menstruales, urticaria, comezón y otras manifestaciones alérgicas de la piel.

LA SIFILIS DEL PRINCIPIO VELADA POR EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA CON PENICILINA.—Se debe tener mucho cuidado al tratar las infecciones gonorréicas con dosis pequeñas de penicilina (50,000-150,000) unidades, porque las lesiones sifilíticas primarias pueden desaparecer completamente solo para reaparecer más tarde; las lesiones secundarias pueden desarrollarse o el enfermo puede, sin darse cuenta, pasar al período tardío o latente de la enfermedad. Y aún si las lesiones fueran descubiertas antes de desaparecer el diagnóstico se ha ya vuelto muy difícil debido a la destrucción rápida de los treponemas superficiales con las dosis inadecuadas de penicilina. Es por consiguiente de gran importancia cerciorarse si el enfermo de gonorrea tiene también en su período de evolución sífilis primaria o secundaria antes de administrar cantidades pequeñas de penicilina contra la gonorrea.

SIFILIS RECIENTE REBELDE AL TRATAMIENTO.— Las lesiones psoriasiformes de la sífilis temprana que es resistente a los arsenicados y al bismuto ceden favorablemente a la penicilina. Se han empleado diversas dosifi-

caciones desde 60,000 a 2'000,000 de unidades aunque la dosis recomendada es de 2'400,000 unidades intramuscularmente cada tres o cuatro horas, de día y de noche hasta llegar a 60 inyecciones.

SIFILIS RECIENTE Y EMBARAZO.— Han sido tratadas con penicilina las mujeres embarazadas en sus varios trimestres y que dan una reacción positiva al examen del campo obscuro de la sífilis primaria o de la secundaria. El tratamiento consistió de 40,000 unidades por la vía intramuscular, cada tres horas, durante quince días (Un total de 4'200,000 unidades). Se notó la rápida desaparición de las lesiones y una acción favorable de la prueba serológica.

Se necesita mucho tiempo para determinar la frecuencia de la sífilis congénita aunque no hay indicación inmediata de que su proporción sea desfavorable. Los datos conocidos deben ser tomados en consideración así como también los peligros del tratamiento arsenicado y de bismuto, la falta completa de toxicidad en la madre y la reducción del tratamiento con penicilina a un período mínimo de pocos días. En vista de estos hechos se ha recomendado que para la prevención de la sífilis prenatal se debe abandonar la quimioterapia para la madre y que en su lugar sea universalmente adoptada la penicilina.

LA ACCION ESTIMULANTE SOBRE EL UTERO.--La acción de la penicilina de estimular la hemorragia y las contracciones uterinas en la mujer embarazada han sido objeto de un estudio reciente. Se observaron síntomas de actividad uterina como calambres, hemorragia, amenazas de aborto y aborto verdadero.

Este fenómeno sin embargo, no fué observado en una serie más extensa de enfermos.

Es bien conocido el efecto de la penicilina en la menstruación. En algunos casos de enfermas que tienen en sus antecedentes, retrasos de menstruación principian a sangrar después de la administración de la droga.

Otras enfermas sangran por períodos mayores de lo normal con un flujo mayor que lo de costumbre. Otras se quejan de hemorragia intermenstrual tan pronto como se les da la penicilina.

No se sabe con certeza si se debe este fenómeno a "una forma de paradoja terapéutica (Acción de Herxheimer)," a impurezas de la penicilina o a una acción ocitócica parecida a la del cornezuelo de centeno. Siendo la acción ocitócica del cornezuelo causada por un producto biológico bien conocido de otro hongo (claciceps purpurea), es completamente posible que el hongo Penicillium notatum puede tener igual acción aunque de menor intensidad.

REINFECCIONES.-- El problema de la reinfección ha ganado mas importancia práctica hoy que antes del empleo del tratamiento intensivo con arsénico y penicilina en la sífilis. Literalmente consideradas las reinfeccio-

nes hoy, son de cinco a diez mayores que antes de las formas rápidas de tratamiento.

El término bastante descriptivo de "sífilis en ping-pong" fué adoptado para designar los casos en que una persona reinfecta a la otra que había ya recibido tratamiento intensivo como cuando un cónyuge alberga la infección continuamente mientras el otro recibe tratamiento. De esto se desprende que es una necesidad de salubridad pública que los dos cónyuges sean examinados y tratados, si es necesario, antes de que el que está enfermo sea dado de alta.

SIFILIS CONGENITA INFANTIL.— Las investigaciones preliminares de los niños con manifestaciones precoces de sífilis fueron tratados con penicilina presentan resultados satisfactorios, las dosis totales empleadas fueron de 40,000 a 80,000 unidades por kilogramo de peso en sesenta inyecciones intramusculares, durante un período de siete días y medio. Las lesiones cutáneas y mucomembranosas desaparecen durante o inmediatamente después del tratamiento; la rinitis que se había mostrado más renuente desaparece en un período de dos semanas a dos meses. Las manifestaciones Roentgenográficas de las osteitis desaparecieron en un período de dos a seis meses. La regresión de la hipertrofia hepática esplénica y ganglionar, aunque variable, generalmente desaparece en tres meses. Hubo tres casos no se sabe si la terminación fatal fué debida directa o indirectamente a la penicilina o a la sífilis.

SIFILIS LATENTE.— Como el problema del tratamiento de la sífilis latente con penicilina ha sido relegado al futuro, existe muy poca experiencia clínica que se pueda ofrecer en relación con el enfermo que presenta reacción positiva en la sangre sin tener otras manifestaciones sifilíticas que puedan ser demostradas por el laboratorio o por la clínica.

SIFILIS CARDIO VASCULAR.—Existe la posibildad de que la penicilina pueda ser un medio muy intenso de tratar la sífilis cardiovascular como lo prueba el hecho de que dos enfermos sufrieron manifestaciones de insuficiencia de la arteria coronaria cuando estaban bajo tratamiento con esta droga. Ambos enfermos habían sido tratados preliminarmente con bismuto y también se les había dado penicilina en pequeñas cantidades al iniciar el tratamiento. Uno de ellos había sufrido de dolor precordial con el tratamiento arsenicado. Los síntomas aparecieron en el cuarto día y uno de ellos sufrió de extrasístoles ventriculares prematuros. El dolor mejoró con eritrotranitrato y la interrupción del tratamiento con la penicilina.

Recientemente una mujer que sufría de sífilis cardiovascular, murió en el séptimo día del tratamiento con penicilina con signos y síntomas de trombosis de la arteria coronaria.

GOMA SIFILITICA BENIGNA.—La penicilina es eficaz en el tratamiento de las lesiones gomatosas de la piel y de los huesos. Se ha empleado la

dosis total de 300,000 unidades y las gomas desaparecen frecuentemente en un período de tres a cuatro semanas.

QUERATITIS INTERSTICIAL.— A pesar de que la penicilina ha dado resultados favorables en la queratitis intersticial aguda de la sífilis congénita tardía, en muchos casos el proceso patológico se ha vuelto peor.

La dosis empleada ha sido de 1'200,000 unidades en ocho días y 4'000,000 unidades en veinticinco días por la vía intramuscular con interrupciones.

NEUROSIFILIS.— En varios estados de la neurosífilis la penicilina produce uan mejoría como en todos los elementos del líquido cefaloraquídeo.

Las dosis empleadas fueron de 1'200,000 a 2'400,000 unidades y 20,000 a 40,000 unidades intramusculares cada tres horas en sesenta inyecciones y a unos pocos enfermos se les dieron de 3'000,000 a 4'000,000 unidades.

De los varios tipos de neurosífilis los tabéticos son los que presentan la menor mejoría en la sangre y en el líquido cefaloraquídeo. La razón probablemente consiste en el hecho de que los líquidos cefaloraquídeos más anormales de los paréticos presenta mayor mejoría. Los cambios en el líquido se notan unos pocos días después de haber principiado el tratamiento y continúan mejorando durante cuatro meses después de los cuales se notan pocos cambios y solo hay ligera mejoría con dosis más altas.

LOS DOLORES FULGURANTES.— Sólo mejoran en una pequeña proporción. LA ATROFIA DEL NERVIO OPTICO de tipo avanzado no presenta mejoría.

En un grupo de enfermos estudiados recientemente se empleó la malaria o fiebre artifical con penicilina. Esta última fue administrada intramuscularmente en dosis de 50,000 unidades en un total de sesenta inyecciones (3'000,000 de unidades). De acuerdo con el informe de estos casos los resultados clínicos y serológicos en setenta casos se observaron en un período de cuatro a doce meses.

Clínicamente, se calcula que de estos casos, veintiocho presentaron mejoría, treinta y siete permanecieron lo mismo y cinco se pusieron peor. El porcentaje mayor de mejoría se halla en los cuarenta y nueve casos diagnosticados de PARALISIS GENERAL.

Los resultados más notables, sin embargo, se notaron en seis casos de atrofia óptica primaria, en cinco de los cuales pudiera ser que se detuvo la pérdida visual.

Los exámenes del líquido cefaloraquídeo indicaron un cambio inmediato consistiendo en aumento de las células y de la proteína total en la mayoría de los casos no tratados previamente seguido de una reducción gradual del recuento celular, proteína total y, más tarde, una disminución en el título de la reacción de Wassermann. A la fecha, la comparación entre los resultados clínicos y los serológicos no tienen una correlación definida.

Pudiera ser que la asociación de la fiebre artificial a la penicilina en esta investigación clínica haya realzado los buenos resultados, sin embargo,

la gran mayoría de los enfermos fueron sometidos al tratamiento de fiebre artificial en la mitad de lo que generalmente se cree suficiente.

Se hicieron electroencefalogramas antes y después del tratamiento con penicilina (4'000,000 unidades en diez días) de los enfermos afectados de neurosífilis. Muchos de estos trazos que anteriormente eran anormales se volvieron normales y la mayoría de los otros demostraron mejoría en grados variables. Se interpretaron los electroencefalogramas anormales como debidos a la anoxia cerebral y a la inflamación local o generalizada del encéfalo. Muchas de las anormalidades parecen ser reversibles. Estos hallazgos indican que se puede, frecuentemente, emplear el encefalograma como un valioso auxiliar para determinar el efecto del tratamiento de la penicilina en la sífilis del sistema nervioso central.

Son dignos de tomar en consideración los resultados clínicos favorables observados inmediatamente cuando se emplea la penicilina, desde el punto de vista del laboratorio y de la clínica. La cantidad total de penicilina empleada varió entre 600,000 y 4'000,000 de unidades durante ocho a dieciseis días en inyecciones, cada tres o cuatro horas, de día y de noche. La administración de la penicilina por la vía intracisternal e intratecal ha dado resultados clínicos favorables a pesar de que se han observado reacciones fuertes aparentemente debidas a dosis excesivas. De los hechos presentados se deduce que la penicilina es un agente terapéutico activo y eficaz en el tratamiento de la neurosífilis. Se aconseja observar precaución en la interpretación de estos resultados y se cree que no es tiempo todavía de distribuír la penicilina para uso corriente en el tratamiento de la neurosífilis.

SUMARIO

Hasta ahora se puede considerar que la penicilina es un agregado eficaz a los métodos empleados en el tratamiento de la sífilis. La propia relación entre dosis-tiempo no ha sido todavía establecida, pero están bajo un estudio bien organizado con gran cantidad de enfermos y patrocinados por el gobierno del cual se puede esperar que surjan métodos de tratamientos

La Colelitiasis

Adolfo Guevara Velasco
Externo del Pabellón 6 del Hospital Loayza.

Voy a presentar un caso de una enferma que vino a curarse al Pabellón 6 del Hospital Loayza. Presentación que tendrá por objeto exclusivo el que el lector y yo aprendamos algo sobre la sintomatología de este cuadro nosográfico tan frecuente. Disiento, pues, así de otras casuísticas que en su mayoría presentan cuadros nosográficos raros, porque considero que este ensayo no es una conclusión académica sino, y como vuelvo a repetir, un intento de grabar, amenamente, en la memoria, esta enfermedad.

Se trata de la Sra. Z. L. de S., de 54 años de edad, ocupación su casa; natural de Cañete, vive en Raimondi 156.

ENFERMEDAD ACTUAL.— Comienza hace 7 años con dolores cólicos localizados en el hipocondrio derecho con irradiación al epigastrio; náuseas y vómitos alimenticios, dolores que le cesaron con la ingestión de medicamentos que le proporcionaron. Desde esa fecha hasta hace 4 meses, refiere la enferma no haber tenido otro cólico, pero sí transtornos dispépticos como erupto y vinagreras y notaba que las comidas le caían pesadas, especialmente las grasas. Hace 4 meses que tuvo un cólico fuerte y coincidiendo se puso amarilla, durándole esta coloración por varios días sin que la enferma pueda precisar exactamente cuando cesó la coloración. Coincidiendo con este cuadro las deposiciones se decoloraron poniéndose de color amarillo claro y las orinas se hicieron obscuras como té cargado. Tuvo fiebre que le duró por espacio de tres días. Después de este cólico tuvo dos más en los cuales no se puso ictérica ni tuvo acolia, sino simplemente dolor muy intenso en el hipocondrio derecho.

Antecedentes personales.— Fisiológicos: Menarquia: a los 12 años. Catamenia; tipo 8|30.— Regular en cantidad y presentación. No ha tenido embarazos ni abortos.— No tiene descensos. Menopausia hace 7 años.

Patológicos: Paludismo hace 15 años. No le ha vuelto a repetir.
Antecedentes familiares: Sin importancia.

EXAMEN CLINICO.—Enferma en decúbito dorsal indiferente. Regular estado de nutrición, facies nada característica.

Cabeza: Boca y dientes en regular estado de conservación. No se palpa ganglios.

Abdómen: Simétrico, blando, depresible, doloroso en el hipocondrio derecho y más exquisito en el punto vesicular. No se palpa vesícula. Higado normal. Bazo normal.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato cardiovascular Normal.

Como se podrá apreciar, esta enferma es a raíz del último cólico que decide hospitalizarse para su tratamiento. De primera intención, podemos catalogar como crónico este proceso, ya que de la anamnesis se desprende que data desde 7 años este proceso. En el Servicio se hacen los siguientes exámenes auxiliares: temperatura: 36.8°.— 76 pulsaciones por minuto. Hemograma que arroja:

Eritrocitos: 4'300,000 mm3.
Leucocitos: 6,100 mm3.
Hemoglobina: 12.50 grs. %
Eosinófilos: 3%
Basófilos: 0%

Neutrófilos:
- mielocitos 0%
- metamielocitos 0%
- abastonados 3%
- segmentados 63%

} 66%

Linfocitos: 28%
Monocitos: 3%

Velocidad de sedimentación (Método de Cutler) con
Indice de sedimentación 19mm.
Tiempo de sedimentación 60 minutos.
Gráfica de sedimentación línea diagonal.

Orina.— Como dato de interés ya que todos los elementos se encuentran en proporción normal, encontramos vestigios de albúmina.

Reacción de Wassermann, Kahn y Mazzini: negativas.

Bilirrubina en sangre.—Bilirrubina total 0.7 mgrs. %.
Reacción de Van den Bergh: inmediata negativa.
Cefalina-colesterol en 24 horas, negativa.
Oro coloidal (Mag Logan), negativa.

Glucosa y úrea en sangre: 0.90 grs.%; 0.25 grs., respectivamente.

Tubaje duodenal (prueba de Meltzer-Lyon):

Bilis A.—Color amarillo oro. Ligeramente turbio, no se observan cristales.

Bilis B.—Color amarillo obscuro. Normal.

Bilis C.—Escasos cristales de bilirrubanato de calcio. Color amarillo oro puro.

Estímulo: sulfato de magnesia.

Reacción: la bilis C sale a los 45', sin dolor.

Examen colecistográfico: vesícula visible y es dable observar formaciones calculosas. Vesícula de dimensiones normales.

Voy a tener que circunscribirme, por razones de espacio, a tratar someramente el diagnóstico diferencial, mejor dicho a enumerarlo.

Por los datos anamnésicos que nos proporciona la enferma y teniendo en cuenta que según claramente demuestra von Bergman, clínicamente es uno e indivisible la colecistisis y la litiasis vesicular, porque como él y otros autores demuestran, estas entidades nosográficas se superponen, de tal suerte que propiamente debemos tratar de la colecistopatía en conjunto. Sabemos que el período evolutivo de las colelitiasis ha sido dividido en dos estados que son: el litógeno y el litiásico. El estado litógeno o de elaboración como también se le denomina, la mayoría de los autores están de acuerdo en que es una fase completamente asintomática, aunque hay algunos que consideran que los enfermos durante esta fase ya presentan trastornos dispépticos, distensiones gaseosas del colon, diarreas que pueden ser prandiales o postprandiales.

Es entonces, pues, que ya durante el período litiásico, que se presentan las manifestaciones "dramáticas" que tienen como exponente máximo los cólicos y su respectiva sintomatología. He querido presentar este caso entre los numerosos que se atienden en el mencionado Pabellón, porque me parece que es uno de los más típicos; en efecto, revisando las diferentes obras encontramos que poco o nada hay que agregar a la sintomatología que presenta la enferma en estudio. En cuanto a la génesis del dolor es conocido también que ésta se debe al estado irritado e inflamatorio, si se quiere, de la mucosa vesicular a la que se agrega la presencia de los cálculos que también condicionan las contracciones del músculo detrusor. De ahí, que por lo general los cólicos se presentan en las noches, en que predomina el vago.

De tal manera que en favor de la colelitiasis, nos orientan tanto la anamnesis como el examen clínico en el que hemos encontrado el signo de Murphy positivo, así como también el signo de Curvoissier-Chauffard. De los exámenes auxiliares encontramos un hemograma, al igual que la temperatura, el pulso y la velocidad de sedimentación normales, lo que abona en favor de un proceso crónico y también nos indica que no existe un proceso supura-

tivo en la vesícula. El dosaje de bilirrubina en sangre, nos dá un valor completamente normal, examen que nos lleva a considerar que no existe obstrucción de las vías biliares. La prueba de cefalina colesterol y del oro coloidal también nos induce a pensar que no hay compromiso del parénquima hepático. La prueba de Meltzer-Lyon en estos procesos de las vías biliares es tan importante también abona en favor de que no hay inflamación en la vesícula, así como tampoco existe obstrucción biliar desde que obtenemos bilis B.

El diagnóstico de certeza nos suministra la colecistografía en que como hemos indicado líneas más arriba ha sido posible visualizar cálculos, y también nos ha dado la razón en pensar que no hay oclusión de la vesícula puesto que nos ha sido dable visualizar la vesícula.

Someramente indicaremos, que en cuanto a la patogenia se han dado muchas teorías tales como la de Schade etiología físico-química del cálculo; la de Chauffard y Grigaut que consideran la hipercolesterinemia como causa fundamental para la litiasis; la de Rovsing que considera como debida a una insuficiencia de la célula hepática; la de Naunyn que considera el proceso infeccioso de la mucosa vesicular como causa predisponente y posteriormente como coadyuvante para la precipitación de las sales biliares con la consiguiente formación de los cálculos; Igarzábal con criterio ecléctico considera que la etiopatogenia se debe a todos los factores enunciados.

Finalmente, sólo me resta indicar que durante el período crítico o sea durante el cólico, es preciso establecer el diagnóstico diferencial con: úlcera perforada, pancreatitis aguda y ruptura vesicular.

En el presente caso, o sea, en una enferma en grado menor, que sólc tiene manifestaciones, diremos rezagos, dolorosos, debe establecerse el diagnóstico diferencial con: apendicitis crónica, cólico nefrítico, ulcus gastroduodenal y cólicos intestinales.

En cuanto al tratamiento, es indudablemente el quirúrgico el indicado. En esta enferma se realizó la colecistectomía habiéndose confirmado el diagnóstico pre-operatorio.

Lima, Octubre de 1947.

BIBLIOGRAFIA

Patología Quirúrgica.—Christopher.
Patología Quirúrgica.—Igarzábal.
Patología Quirúrgica.—Begouin.
Patología Médica.—Von Bergman.
Hígado, Vías Biliares Peritoneo.—Bissi.
Abdómen Quirúrgico.—Stremberg.
Pruebas Funcionales del Hígado.—Angulo Bar.

CONTINENTAL S. A.

COMPAÑIA DE COMERCIO

Departamento Médico

Representantes en el Perú de las siguientes casas:

AIRCO EXPORT.—Aparatos médicos y artículos para Hospitales.

HEIDHINK DIVISION.— Aparatos de anestesia, oxigenoterapia y Aerosol penicilina.

SCANLAN MORRIS COMPANY.—Esterilizadores, lámparas quirúrgicas, mesas de operaciones, etc.

ENGLANDER.—Camas para Hospitales.

HOSPITAL SUPLY.—Muebles para Hospital. Instrumental quirúrgico.

BECKLEE.—Electrocardiografos.

IDEAL.—Carros-thermas para transportar alimentos.

SUMMER MANUFACTURING.—Aparatos de ortopedia.

THE NATIONAL DING.—Sueros y Vacunas.

CHEMOTECNICA SYNTIAL.—Productos opoterápicos.

CLEADER BOOKS.—Calderos para hospitales.

INFILCO.—Ablandadores de agua, filtros y bombas.

E. GUTH COMPANY.—Lámparas germicidas.

BOTZOW.—Plásticos para hospitales.

THE A. J. ALSDORF CORPORAT ON.—Equipos de Rayos X, Profex-Ray.

Solicite todo lo que sea necesario para su Hospital, Clínica o Consultorio

Edificio Encarnación Ofcs. 309-310 — Casilla 1440.— Tels. 31622-34053

LIMA — PERU

WANDER

(acido ascórbico puro crist.)

El factor anti-escorbútico

Indicaciones: Escorbuto infantil
Regímenes Severos
Enfermedades infecciosas
Diatesis hemorrágicas
Hiperpigmentación patológica
Piorrea alveolar
Paradentosis
etc.

Comprimidos de 50 mg.
Ampolletas de 100 mg. en 1 cm3
Ampolletas "forte" de 500 mg. en 5 cm3

DR A. WANDER S.A. BERNA - SUIZA

Fabricantes de productos dietéticos y farmacéuticos desde 1865

Representantes para el Perú:

PIAGET HNOS. — Avenida Wilson 706 - 712

Teléfono 13429 — Apartado 1837 — Lima.

El Laboratorio en el Diagnóstico y la Evolución de la Brucelosis

LUIS E. GINOCCHIO
Externo del Servicio Odriozola del "Hospital Dos de Mayo"

La anamnesis y el examen clínico bien hechos tienen una importancia fundamental en el diagnóstico de la brucelosis, pero ellos no son suficientes para llegar al diagnóstico de certeza. Por ello el médico tiene que recurrir a pruebas de laboratorio para llegar a mejores conclusiones.

El presente trabajo tiene por objeto presentar un plan de investigaciones, que nos sirva no sólo para establecer el diagnóstico de la enfermedad, sino la evolución y la apreciación exacta de las diferentes localizaciones de la brucella.

Comenzaremos refiriéndonos a la fase aguda de la enfermedad, cuando estamos frente a un paciente febril, que tiene sudores parcelares nocturnos, falta de apetito, estreñimiento, lúcido y cuando clínicamente hemos descartado el paludismo, la tifoidea y la tuberculosis y cuando en una numeración y fórmula hemos encontrado leucopenia, abastonados altos, neutropenia, lo cual nos está orientando a pensar en una brucelosis. En este momento está indicado el HEMOCULTIVO.

En la fase aguda el hemocultivo es positivo en un gran porcentaje de los casos. VILLAFAÑE LASTRA (1) señala un porcentaje del 80 al 85% de positividad. En el Perú solo conocemos las cifras de H. COLICHON (2) quien estudia 768 casos de pacientes clínicamente sospechosos de brucelosis y encuentra el hemocultivo positivo en 170 casos, o sea más o menos el 20% de positivos; estamos seguros que el porcentaje es mayor, pues en las cifras de COLICHON desconocemos el número de formas agudas y crónicas que fueron estudiadas. Nosotros tenemos muy pocos casos seguidos para sacar conclusiones, pero podemos adelantar que en la fase aguda en un alto porcentaje de casos dió positivo. Es importante anotar que los doctores

PURRIEL, RISSO y ESPASANDIN (3) señalan un porcentaje sumamente bajo de positividad en las formas agudas (2%), que prácticamente debe ser considerado como nulo. Debemos tener presente que en el Uruguay predomina la brucella abortus y este tipo de gérmen podría darnos una explicación, ya que en la Argentina, Uruguay, México y Perú, predomina el tipo melitensis. El doctor A. LEON, de México (4), escribe lo siguiente: "El hemocultivo en las formas agudas es positivo en el 85% de los casos, siempre y cuando las técnicas que se empleen sean adecuadas. El porcentaje de positividad es principalmente alto, durante las primeras 2-3 semanas, durante el primer mes del padecimiento. Este porcentaje va disminuyendo a medida que avanza, porque aumentan las defensas del organismo y disminuye el número de gérmenes circulantes".

HUDDLESON (5) señala que en 1937 sobre 38 casos agudos encontró 32 positivos con el hemocultivo.

Creemos pues que enseguida de indicar una numeración y fórmula debe hacerse un hemocultivo, y en caso de ser negativo DEBERA INVESTIGARSE SEMANALMENTE MIENTRAS EL PROCESO CONTINUA.

Tenemos en segundo lugar otro examen biológico que si bien no tiene toda la importancia del primero, nos es sumamente útil. Me refiero a la AGLUTINACION.

Sabemos que las aglutinaciones aparecen en la sangre alrededor del 10º día de comenzada la enfermedad, por eso nosotros recomendamos la utilización de este método DESPUES DE LAS DOS SEMANAS DE INICIADO EL PROCESO FEBRIL. La aglutinación se inicia con un título bajo que va en aumento, para alcanzar un máximo que se mantiene un tiempo variable. Un porcentaje pequeño, menos del 50%, dan reacciones positivas de la segunda a la sexta semana y esta aumenta hasta el 80-85% más allá del segundo mes. Actualmente tenemos en la Sala Odriozola dos enfermos (Camas 18 y 50) cuyos títulos aglutinantes han sido seguidos semanalmente y recién han sido positivos a los ciento diez y ochenta días respectivamente, de iniciada la enfermedad.

PURRIEL, RISSO y ESPASANDIN (3) nos dicen lo siguiente: "La reacción de aglutinación muestra también su positividad a diferentes tasas en la mayoría de los casos agudos (90%), y en estos enfermos por lo general la tasa de aglutinación está por encima de 1|100".

Sumamente interesantes son las conclusiones a que llega COLICHON (2) sobre los 768 casos estudiados, encuentra 170 casos positivos con las siguientes tasas de aglutinación:

1:25	6 casos.
1:50	8 casos.
1:100	38 casos.
1:200	44 casos.
1:400 o más	72 casos.

Según estas cifras los casos que evolucionaron con títulos mínimos (1:25) son relativamente pocos cuando se les compara con los casos que evolucionan con títulos altos. Comparando las posibilidades de obtener hemocultivos positivos según el título aglutinante del suero del paciente; tenemos las observaciones del mismo COLICHON:

Título aglutinante	Casos	Hemocultivo Postivo	Hemocultivo Negativo
1:25	1	1	0
1:50	3	3	0
1:100	6	4	2
1:200	10	6	4
1:400	11	10	1

Según se observará el cultivo de Brucellas es posible aún en casos que los títulos aglutinantes son sumamente bajos. Este concepto expresado por COLICHON está en contradicción a lo afirmado por TAYLOR (2), quien dice que el porcentaje de hemocultivos positivos aumenta en proporción directa con el aumento del título de aglutinación.

Sobre 13 casos estudiados podemos dar las siguientes cifras sobre la intensidad del título aglutinante en formas agudas y crónicas:

Título aglutinante	Casos Agudos	Casos Crónicos	Total
1:50	1	—	1
1:100	2	—	2
1:200	1	1	2
1:400	2	1	3
1:500	—	1	1
1:800	4	—	4
	10	3	13

Las cifras anteriores encontradas en nuestros enfermos son pocas para sacar conclusiones.

De un modo general creemos que la gravedad del caso está en relación inversa con la tasa de aglutinación en los casos agudos (Casos citados, camas

18 y 50 de la Sala Odriozola) y CREEMOS QUE UN AUMENTO DE LA TASA DE AGLUTININAS ES BUEN PRONOSTICO Y SU TARDANZA DE APARICION Y CON BAJO TITULO LO CREEMOS DE RELATIVA GRAVEDAD. Por consiguiente esta prueba nos sirve para seguir la evolución del enfermo y NOSOTROS LA RECOMENDAMOS DESPUES DE LA SEGUNDA SEMANA, Y POSTERIORMENTE CADA 7 DIAS.

No podemos dejar de mencionar los resultados obtenidos por HUDDLESSON (5) en sus magníficos estudios:

Resultados del test de aglutinación en 100 casos de brucelosis:

Título de aglutinación del suero	Menos de 11 años de edad	Mayores de 11 años	Total
Negativo	18	11	29
Menos de 1:50	2	2	4
1:50 a 1:100	1	8	9
Más de 1:100	2	55	57
Sin test.	—	1	1
			100

En conclusión la aglutinación es sumamente útil en el diagnóstico de la brucelosis, y siempre debe hacerse en relación al test cutáneo y al índice opsonocitofágico. Los uruguayos mencionan como falla de este método, cuando se trata de sujetos "contactados", es decir que han tenido contacto con el agente etiológico el que si bien ha producido la sensibilidad del organismo (alergia) no ha conducido a la enfermedad.

En estos casos, según lo han comprobado PURRIEL, RISSO y ESPASANDIN (3) el I. opsónico es marcado y la R. de aglutinación es positiva en el menor número de eventualidades, a bajas tasas, similares a las residuales de la fase crónica. Esto se presenta en los sujetos que han trabajado en frigoríficos, en los matanceros, etc. De todos modos este grupo de los "contactados" creemos que puede ser un problema en países como la Argentina, Estados Unidos, Uruguay, en donde la industria ganadera y sus afines son sumamente prósperas y el número de personas que a ellas se dedican son numerosas, pero en el Perú, salvo un porcentaje de casos que los podemos precisar con buena anamnesis, UNA AGLUTINACION POSITIVA por encima de 1:100 DEBE TENER VALOR, Y MAS SI HAY DE POR MEDIO UN CUADRO CLINICO INDETERMINADO.

No podemos dejar de realizar en un posible bruceloso y en relación con la prueba anterior. EL TEST CUTANEO. Si bien no representa una prueba definitiva, puede ser de cierta utilidad. Sin embargo después de observar casos agudos de brucelosis diagnosticados con hemocultivo, sin respues-

ta cutánea, aceptamos lo que escriben SPINK y HALL al respecto: "Es el test del que más se abusa y el que dá datos menos valiosos. Una reacción positiva debe ser interpretada con el mismo criterio que una tuberculino-reacción. La positividad no indica una infección activa o una infección antigua. Refleja un estado de hipersensibilidad al antígeno Brucela en individuos que han estado en contacto con fuentes de infección en algún momento del pasado.

Los enfermos pueden tener una bacteriemia con una endocarditis brucelosa sin reacción cutánea al antígeno".

Autores uruguayos creen (3) que a veces la positividad de esta prueba es sumamente precoz, antes de la instalación de las aglutininas del suero, pero señalan —sin dar cifras— que otras veces es posterior a la aglutinación, concluyendo QUE EN EL MAYOR NUMERO DE CASOS ES FACTIBLE COMPROBAR LA ALERGIA CUTANEA EN EL PERIODO AGUDO DE LA ENFERMEDAD.

COLICHON (2) entre nosotros, cree, que junto con el método opsonocitofágico tiene mucha utilidad para interpretar el estado inmunitario del paciente y establecer el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Recomendamos que esta reacción debe hacerse semanalmente, junto con la aglutinación. Hemos evitado mencionar todo lo relacionado con las técnicas de laboratorio, no sólo del hemocultivo, sino de los métodos de aglutinación y la interpretación del índice opsónico, por considerar que no se relaciona con lo que me propongo.

De la PRUEBA OPSONOCITOFAGICA no tengo ninguna experiencia, sin dejar de considerar que desde el punto de vista teórico tiene una gran importancia, siempre relacionándola con los otros tests.

Sobre la INOCULACION AL CUY tampoco tengo experiencia y teóricamente me parece que los trabajos de MARY POSTON (6) dan resultados por este método no muy satisfactorios en relación al hemocultivo, pero que deben hacernos trabajar.

Pero en el diagnóstico de la brucelosis tenemos además de las 5 pruebas ya examinadas otros procedimientos que siempre debemos utilizar con todo el respeto que merecen. LA NUMERACION Y FORMULA nos dá frecuentemente leucopenia, sin dejar de observar a veces leucocitos normales y a veces leucocitosis. En nuestros enfermos en alguna época de su evolución hicieron franca leucopenia. Por lo demás estos resultados son señalados por la mayoría de los autores.

La neutropenia la hallamos en muchos casos, con leucopenia o con leucocitosis ligera. Los abastonados siempre aumentados. La linfocitosis absoluta o relativa la creemos mas bien de las formas crónicas.

Los glóbulos rojos ligeramente disminuídos, pero en algunos casos hay cierto grado intenso de anemia. Las plaquetas se encuentran bajas en los

casos hemorrágicos tal como lo demostró BAQUERO (7) hace ya algunos años.

SANCHEZ ILLADES (8) reporta estudios de sangre y de médula ósea en 104 pacientes con brucelosis aguda. El encuentra moderada anemia y número normal de leucocitos, linfocitosis con un porcentaje bajo de neutrófilos. En la médula ósea encontró linfocitos elevados y granulocitos bajos. GONZALES GUZMAN (8) estudiando 50 casos de brucelosis aguda y subaguda encontró una desviación hacia la izquierda del índice de Arneth de células linfoides, disminución de linfocitos con granulaciones azurófilas e incremento y aumento de la riqueza nucleolar, expresada por el índice Rn correspondiendo a la existencia de formas muy jóvenes de las células linfoides en el torrente sanguíneo. Estudios hematológicos presentados por VILLAFAÑE LASTRA (8) indican que hay un aumento relativo o absoluto de los linfocitos con disminución de los polinucleares. En un gran porcentaje de pacientes el número de leucocitos fué hallado por debajo de lo normal.

DEBEMOS INSISTIR SEMANALMENTE EN UNA NUMERACION Y FORMULA, ellas nos dará ayuda valiosísima y nos advertirá incluso de las complicaciones.

Recomendamos siempre un DOSAJE DE PROTEINAS SANGUINEAS, él nos dará un índice del grado de hemoconcentración sanguínea, pues los intensos sudores llevan al enfermo muchas veces a gran deshidratación. En 3 de nuestros enfermos hemos encontrado cifras por encima de 10 gramos, con aumento en especial de las serinas.

EL EXAMEN DE LA ORINA y las REACCIONES SEROLOGICAS las hacemos rutinariamente a nuestros enfermos. El examen de orina nos puede indicar cualquier localización de la brucella en el parénquima renal. La glomerulonefritis focal es frecuente.

La investigación del ESTADO HEPATICO es sumamente importante en la brucelosis. Se refiere en especial en los casos en que hay datos clínicos de trastornos del hígado (icteria). Se debe hacer un DOSAJE DE LAS BILIRRUBINAS, que lógicamente deben estar aumentadas en grado variable. HUDDLESON (5) señala que el "hígado es afectado con mayor o menor intensidad en un gran porcentaje de casos y que la anorexia, náusea y dolorabilidad epigástrica pueden ser debidas a hepatitis. Asimismo señala que el hígado no infrecuentemente está aumentado de tamaño y sensible, algunas veces con tal intensidad como para despertar la sospecha de un absceso hepático o colangitis, especialmente cuando la temperatura es oscilante. Un tinte subictérico es común y en todos los casos severos hay urobilinuria. La hepatitis tóxica puede complicar casos malignos y puede ser fatal.

Algunas veces hay marcado y persistente agrandamiento del hígado y del bazo, los cuales junto con la anemia secundaria y la leucopenia propias de la brucelosis, produce un sindrome exactamente similar a la enfer-

medad de Banti. Ascitis sin embargo, no ocurrió en los casos hasta donde pudieron ser observados".

Nosotros publicamos (9) el año pasado un interesante caso de lesión hepatoesplénica (bazo e hígado aumentados de tamaño), ascitis (no vista por HUDDLESON) cuadro purpúrico y hemorrágico, en el cual las bilirrubinas estaban francamente aumentadas y cuya frecuencia la creemos poca.

Debemos indicar que las pruebas de CEFALINA COLESTEROL y del ORO COLOIDAL (pruebas que indican el estado de la célula hepática) deben hacerse, no sólo en los casos en que hay visible compromiso del órgano, sino cuando la sintomatología es muda. Nosotros hemos comenzado a realizarlas sistemáticamente.

LAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL HIGADO se imponen y ojalá podamos realizar un estudio relacionando las pruebas citadas y el estado de la función hepática, no sólo en enfermos con icteria, sino en aquellos sin ninguna aparente lesión del hígado.

Aunque el enfermo no tenga un cuadro hemorrágico conviene investigar EL TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA. Cuando hay hemorragias se encuentra aumentado.

EL TIEMPO DE PROTROMBINA se encuentra normal, incluso en los cuadros hemorrágicos y purpúricos. Nosotros así lo hemos encontrado, por otra parte en un trabajo anterior comenté los hallazgos del doctor del CAMPO JESUS (10) en este sentido. Se impone una mayor observación en especial en relación a la terapia con vitamina K.

EL DOSAJE DE CALCIO en los casos con hemorragia es normal.

EL DOSAJE DE COLESTERINA debe hacerse en todo proceso infeccioso, en mis últimos 3 casos estudiados lo hemos hallado por debajo de 1,50 gr. $^0/_{00}$. Puede usarse como medio de seguir la evolución del cuadro.

LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACION la hemos encontrado acelerada, alrededor de 70 mms., Westergreen, como promedio. Ella es una magnífica y fácil prueba que debemos seguir para establecer una curva. SPINK y HALL (11) dicen que puede ser normal durante toda la evolución de la enfermedad. Otros autores la encuentran acelerada alrededor de 30 mms., Westergreen.

Debemos determinar siempre el GRUPO SANGUINEO del enfermo, para poder realizar las transfusiones en el caso de presentarse hemorragias, o para hacer un tratameinto (nosotros usamos 100 cc. de sangre total tres veces por semana).

Debe investigarse siempre en todo posible brucelósico HEMATOZOARIO DE LAVERAN y REACCIONES DE AGLUTINACION DE WIDAL. No descuidar cuando menos un EXAMEN RADIOSCOPICO PULMONAR.

EL ELECTROCARDIOGRAMA lo estamos haciendo en todos nuestros enfermos, aunque sea de las derivaciones clásicas (I.II.III), no sólo para de-

terminar la longitud del espacio RP (decartar reumatismo) o para hallar cualquier localización cardíaca de la brucella.

Otros exámenes que deben realizarse al comienzo de la enfermedad, junto con el hemocultivo, SON LOS MIELOCULTIVOS, los CULTIVOS DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO, de LIQUIDOS SINOVIALES, PLEURALES, etc. Muy pocas referencias bibliográficas tengo sobre estos métodos.

No poseo ningún trabajo a la mano sobre mielocultivos en la brucelosis. Nosotros creemos que puede tener más importancia que el mismo hemocultivo. Ya en la tifoidea en el primer septenario la positividad del hemocultivo corre parejo con el mielocultivo, pero A. COLARUSSO (12) señala que en los períodos siguientes el número de hemocultivos positivos disminuye, al contrario, el mielocultivo es aún positivo en un buen porcentaje de casos. Sobre 200 mielocultivos realizados en la fiebre tifoidea 49% fueron en períodos avanzados de la enfermedad, y sólo 33% dieron hemocultivo positivo. Nosotros creemos que en la brucelosis puede ocurrir otro tanto y esperamos tener mas datos al respecto.

RADIOGRAFIAS DEL TORAX y de la COLUMNA VERTEBRAL debemos hacerlas por lo menos cada mes. Estas son las recomendaciones del Primer Congreso Inter Americano de Brucelosis, realizado en México el año pasado, y así lo recomiendan autores uruguayos, pues la brucella abortus parece tener predilección por la columna vertebral. En el Perú las localizaciones vertebrales se observan en menor número (5%) (13).

LA TEMPERATURA debemos tomarla siquiera 6 veces por día, a las 8 a. m., 12m. y 5 p. m., 9 p. m., 12m. y 4 a. m. Así procedemos nosotros, y con ello hemos obtenido curvas súmanmente demostrativas.

En las formas crónicas las dificultades se acrecientan para llegar al diagnóstico. Nos ocuparemos en primer lugar del HEMOCULTIVO. Según PURRIEL, RISSO y ESPASANDIN, ya citados, el hemocultivo es prácticamente negativo en todos los casos. VILLAFAÑE LASTRA afirma (1) "que las hemoculturas y los mielocultivos, son positivos siempre que se realicen antes del octavo mes de iniciada la enfermedad, en caso contrario son negativos". De todos modos recomendamos que se hagan una vez por mes tratando de llegar a un buen resultado. En nuestros casos crónicos ninguno tiene hemocultivo positivo.

Los autores uruguayos varias veces citados (3) llegan a las siguientes conclusiones sobre la AGLUTINACION: "La reacción de aglutinación ha sido seguida por nosotros, en gran número de casos, desde el comienzo de la enfermedad hasta su curación unas veces, hasta su cronicidad, otras ¿Qué es lo que hemos observado?

Diversas eventualidades pueden presentarse. Las más frecuente es que como en otras enfermedades infecciosas, a manera que nos alejamos del período agudo, las tasas de aglutinación van disminuyendo, desapareciendo

por completo mucho antes que el enfermo haya entrado en una completa restitución.

Ej.: en Junio de 1940 (Obs. 4) este bruceloso aglutina a la tasa de 1|200 que posteriormente asciende a 1|400; un año después (1941) esta reacción es negativa y el enfermo aún en 1944 tiene intensos padecimientos.

En su segundo grupo de enfermos la curva de aglutinación decrece pero queda durante la faz crónica una tasa residual, llamémosle así, representada por cifras que oscilan entre 1|25 y 1|50.

Ej.: (Obs. 8) Este enfermo en febrero de 1941, aglutina a la dilución de 1|200; esta tasa decrece año á año y actualmente en febrero de 1944 aún aglutina a la tasa de 1|50. Sigue con múltiples sufrimientos.

En un tercer grupo de enfermos no aparecen tan simples las cosas ya que la curva de la reacción presenta, en su evolución, múltiples oscilaciones, ya que decrece, ya aumenta, hasta que por último sigue un descenso contínuo. En estos casos, posiblemente dentro del concepto patogénico de la enfermedad, se llevan a cabo brotes agudos de la misma faz crónica, muy posiblemente debido a reinfecciones endógenas.

Ej.: (Obs. 10) En junio de 1941 aglutina este enfermo a la tasa de 1|200; en marzo de 1942 a la dilución de 1|400; en setiembre del mismo año a la tasa de 1|200 y a partir de 1943 hasta la fecha mantiene sus tasas de valores oscilantes entre 1|25 y 1|50.

En general podemos decir que las aglutinaciones se presentan positivas en un porcentaje mucho más bajo que en la fase aguda.

Refiriéndose a las REACCIONES ALERGICAS dicen: "en la fase crónica de la enfermedad en el mayor número de casos la I.D.R. es positiva; existe un grupo de casos crónicos en donde la I.D.R. se ha vuelto negativa aún cuando se emplee antígeno microbiano a pesar de lo cual estos sujetos pueden ser portadores de localizaciones parenquimatosas de tipo residual. Dentro de los brucelosos crónicos cabe la posibilidad que la alergia eclipsada vuelva a reaparecer, hecho este vinculado a nuevos contactos".

El índice opsonocitofágico merece el comentario siguiente de PURRIEL y colbs.: "El índice opsonocitofágico positivo desde los primeros momentos de la fase aguda persiste en la fase crónica, y contrariamente a lo que pasa con la alergia, no hemos observado en ningún caso su total desaparición".

Respecto a la NUMERACION Y FORMULA en las formas crónicas encontramos leucopenia, y linfocitosis absoluta o relativa.

La VELOCIDAD DE SEDIMENTACION está normal o ligeramente aumentada.

En estas formas crónicas para hacer un estudio integral del caso, debe seguirse el mismo plan esbozado para el estudio de las formas agudas. No hemos encontrado bibliografía sobre una serie de puntos, por lo menos dentro de la literatura en idioma castellano y por ello nos hemos visto impedido de dar mayor información.

EL LABORATORIO en el DIAGNOSTICO y EVOLUCION de la Brucelosis (Esquema) (1)

Exámenes que corresponden a la primera semana

- Numeración y fórmula+ Numeración de plaquetas+
- Dosaje de hemoglobina+
- Hemocultivo+ Mielocultivo. Cultivo de líquidos orgánicos.
- Intradermoreacción+
- Indice opsónico+
- Velocidad de sedimentación+
- Análisis de orina++
- Coagulación y sangría++
- Investigación de hematozoario.
- Reacción de Widal.
- W. K. M.
- Dosaje de úrea y glucosa.
- Dosaje de calcio
- Investigación de la función Hepática
  - Dosaje de bilirrubinas+
  - Prueba de cefalina-colesterol++
  - Prueba del oro-coloidal
  - Dosaje de protrombina++
  - Dosaje de fibrinógeno
  - Pruebas funcionales
  - Dosaje de proteínas++
  - Dosaje de colesterol+ (libre y estéreo)
- Electrocardiograma++
- Radiografía (pulmones y de la columna vertebral)+++
- Temperatura 6 veces al día.
- Presión arterial.

Examen después de la segunda semana

- Aglutinación+

(1). El presente cuadro es sólo un esquema, y él debe ser flexible, adaptándose a cada caso clínico, según la evolución y complicaciones de la enfermedad.

+	Examen que debe realizarse semanalmente.
++	Examen quincenal.
+++	Examen mensual.

BIBLIOGRAFIA

1. T. VILLAFAÑE. La brucelosis en nuestro medio. Revista Médica de Córdoba. Año XXXIII, n. 9, set. 45. Pág. 578.

2.— H. COLICHON. Métodos para el diagnóstico etiológico de la brucelosis. Gaceta Médica de Lima. Vol. II, n. 7, feb. 46. Pág. 230.

3.— P. PURRIEL, R. RISSO y J. ESPASANDIN. Diagnóstico biológico de la brucelosis humana. Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo XXVI, n. 2, feb. 45. Pág. 134-143.

4.— A. LEON. Epidemiología y características epidemiológicas de la brucelosis en México. Revista de Medicina y Ciencias Afines. México. Año V, n. 51, oct. 46. Pág. 215.

5.— F. HUDDLESON. Brucellosis in man and animals. The commomwealth Fund. 1943. 400 pags.

6.— cit. por H. COLICHON. (2).

7.— cit. por L. del CAMPO JESUS. Vitamina K y Fiebre de Malta. Clínica y Laboratorio. Tomo XL, n. 234, págs. 175-181, set. 1945.

8.— Congress on Brucellosis in México (Oct. 28 — Nov. 2 — 1946). The journal of the American Medical Association. Vol. 133, n. 11, mar. 15, 1947. Pág. 798.

9.—L. E. GINOCCHIO. Algunas consideraciones sobre un caso de brucelosis. Gaceta Médica de Lima. Vol. II, n. 7, feb. 46, Pág. 243.

10.— Idem. (7).

11.— Diagnóstico y tratamiento de la Brucelosis. Síntesis de un trabajo del Medical Clinics of North America, Mar. 45, aparecido en el Día Médico, Año XVII, n. 32, 6 Ag. 45, Pág. 824.

12.— A. COLARUSSO. La diagnosi. La mielopuntura. Vol II, n. 10, oct. 46, Pág. 361.

13.—J. SOTELO. Contribución al estudio de las lesiones osteoarticulares en la brucelosis. Tesis de Bachiller. 1946.

Resúmenes Bibliográficos

por Emilio Ciuffardi Tijero

Al iniciar esta serie de trabajos que titulamos "Resúmenes Bibliográficos", lo hacemos con miras de divulgación en el seno del Estudiantado de Medicina, de temas de interés práctico, resumiendo en lo posible, lo que nos dicen autores de reconocida valía, conjuntamente con lo nuevo que nos traen las Revistas.

Ofrecemos asimismo estas páginas a todos los estudiantes que deseen colaborar en ellas y a todos los profesionales médicos, que con el acervo de sus conocimientos y experiencias nos encausen en el logro del fin propuesto.

INDICACIONES DE LA AMPUTACION DEL MIEMBRO SUPERIOR

Los factores que determinan la indicación de una amputación, tales como: destrucción de vasos arteriales, de ramas nerviosas importantes, atricción muscular y ósea, pérdida de piel, infecciones graves, se presentan en el miembro superior en lesiones ya sean traumáticas ó no, pero con un carácter de menor gravedad que en el miembro inferior. Estos hechos, comprobados en la práctica, tienen su origen en la gran red vascular que posee, que permite mediante colaterales la recuperación de la circulación sanguínea, y en el caso de infección la mejor defensa; de otro lado la atricción muscular es mínima por el pequeño grado de desarrollo muscular que por lo general alcanza.

Debemos por lo tanto ser conservativos en lo que respecta al miembro superior. Limitaremos en lo posible la amputación realizándola sólo cuando hayamos agotado todo otro medio terapéutico que la vida del paciente esté en peligro, es decir la amputación será tardía, pero con sentido clínico suficiente como para no hacerla inútil. La amputación inmediata sólo cabe cuan-

do se ha producido, por cualquier causa, la pérdida de la circulación sanguínea y cuando el daño de los tejidos óseo, muscular, nervioso, sanguíneo es irreparable, como: en los grandes traumatismos que producen casi la sección de los miembros por las ruedas de un tranvía, de un tren, en las heridas mutilantes tanto por granada, obús, etc., como por accidentes de trabajo en los que la amputación sólo se limita a completar la obra producida por el agente traumático.

En la última guerra mundial las principales razones estuvieron dadas por:

1º—Destrucción grave y aplastamiento de partes blandas, huesos y articulaciones, con trastornos circulatorios, con un total de un 40% sobre el número de amputados.

2º—Heridas de fragmento de munición, bombas, etc. dejando sólo conexiones cutáneas con el resto del cuerpo y donde en realidad, como ya dije anteriormente, la amputación no hace más que completar la obra destructiva del agente traumático.

3º—La gangrena gaseosa no controlada.

4º—La gangrena de los extremos distales del miembro consecutiva a lesión vascular, quemaduras, congelación. Este tipo sólo abarca el 2% del total de amputaciones.

5º—Condiciones sépticas, abscesos con osteomielitis aguda, donde los otros tratamientos han sido negativos y está de por medio salvar la vida del paciente. Dió un porcentaje de 9% de los casos.

La amputación tardía en la época actual de los conocimientos está indicada en los siguientes casos:

1º—En las heridas infectadas, ya sea inmediata o tardíamente, es decir que se hayan infectado con el traumatismo ó en el curso de su evolución pudiendo llegar a la osteomielitis, cuando:

a). otros procedimientos aún incluyendo el método del yeso oclusivo han sido ineficaces.

b). El daño local ya impuesto es irreparable y ha avanzado lo suficiente como para hacer inservible el miembro o constituír un contínuo peligro (como en la osteomielitis inveterada) aún si ha sucedido la recuperación.

c). La condición del paciente es desesperada, es decir la toxemia producida por la infección masiva compromete seriamente el organismo del paciente.

d). La infección es controlada, pero los resultados finales serán la pérdida de la función. El propósito de la amputación en estos casos acorta el período de convalescencia.

2º—En la gangrena gaseosa si hay extensión del proceso, infección continua o pérdida del vigor del sujeto y si el método del debridamiento conservativo no da resultado satisfactorio, dentro de las 24 horas a la intervención. En estos casos la amputación puede ser el único camino de salvación

del paciente. Además como la infección se ha establecido en los tejidos profundos y se ha difundido en sentido proximal siguiendo los linfáticos, mucho más allá de la herida, deberá hacerse la amputación algunos centímetros por encima y aún más dejarlo a cielo abierto, por la posibilidad de que se infecte el muñon.

3º—En las fracturas abiertas cuando:

a). El daño a los tejidos óseos, musculares, nerviosos y sanguíneos es importante la amputación inmediata debe realizarse.

b). Se produce infección, ya sea por tener más de 6 horas de producida o por que se infecta posteriormente una vez suturada (en las que tienen menos de 6 horas) y siempre y cuando se encuentren comprendidas en las indicaciones ya nombradas para las infecciones.

c). El valor funcional del miembro va a ser nulo, no olvidando la condición económica del paciente y el gasto que soporta el Hospital por mayor número de días de estadía.

d). Una fractura grave, compuesta, comprende una articulación cuyo daño es tan importante que la curación sólo daría por resultado la anquilosis. Como en las fracturas abiertas de los dedos de la mano muy difíciles de controlar y en la que los tejidos que rodean están muy macerados, la infección se ha producido o es inminente, siendo evidente que ese dedo no será útil para la función y debe ser sacrificado.

4º—En las hemorragias repetidas con peligro de shock y aún en el caso de producido este, siempre que la presión arterial sistolica no esté por debajo de 90 milímetros de Hg.

5º—En las mordeduras de ofídeos. Si no es posible conseguir medios para tratarlas, la amputación es a menudo el mejor procedimiento para impedir que la toxina invada el torrente circulatorio y de esa manera sea llevada a todo el organismo en muy corto tiempo.

6º—En algunas enfermedades como diabetes, arterioesclerosis, que producen ya sea independientemente de un traumatismo, o agravando un proceso traumático, mutilaciones por pérdida de la circulación. La amputación no hace sino extirpar la zona de necrosis.

7º—En los tumores malignos y en los benignos cuya extirpación produciría pérdida de la función.

8º—En las deformaciones que causan gran impotencia funcional como en las contracturas siguientes: a heridas, quemaduras, fracturas o infecciones, siempre que los medios plásticos empleados no hayan resultado satisfactorios y que la amputación y la eliminación de dichas partes mejorará la función. Por ejemplo: dedos duros y rígidos que impiden la buena flexión de los otros dedos y de la mano en general. También se consideran en este grupo las deformaciones congénitas.

9º—Por razones económicas, casos de tratamientos largos, cruentos que no van a dar posterior ventaja al enfermo, él que por medio de prostesis ade-

cuada puede suplir la función perdida por la amputación y ganar de esa manera tiempo, vigor y menos gasto en tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Clinical Traumatic Surgery — 1945 — Moorhead J. J. Págs. 27-90-102-106.

Progresos Médico-Quirúrgicos — 1945 — La Amputación de las extremidades y la prótesis en U. R. S. S. por N. N. Priorov: Jour. Internat. Coll. Surgery, I; pág. 13 — 1945.— Los principios de la amputación de los dedos de la mano. D. B. Slocum y D. R. Pratt. Jour. Bone Joint Surgery XXVI — 3 pág. 535, 1944.

Clínica y Terapéutica Quirúrgica — Corachán García, pág. 131.

Traumatismos de los Huesos y de las Articulaciones. Watson Jones — 1945, pág. 258.

Contribución al Estudio Clínico de una Nueva Entidad Psicosomática

Manuel Hubí Campos
5to. Año

Resulta evidente, el que, no obstante el afán sistematizador de los estudiosos, persistan infusos en el conocimiento habitual de escuelas y de generaciones ciertos cuadros y entidades, que en realidad, resisten ser calificados de tales ya que han escapado —por razones difíciles de explicar— a encuadres más o menos definidos dentro de las nosografías conocidas.

Dentro de esta categoría de hechos se halla precisamente el sobónl Personaje ecuménico y tradicional, cuyos contornos descaradamente mórbidos se han venido estrellando inveteradamente ante la amaurosis de clínicos e investigadores, sin merecer por cierto el más hemeopático estudio.... Sin embargo, en honor a la veracidad histórica debemos decir que se halla en Hipócrates y Galeno y posteriormente en Avycena referencias asténicas y tangenciales, sobre cierta entidad que parece tener alguna razón con el cuadro en estudio. Pero esfuerzo serio, sistemático y eutósico. Ningunol.

Pretendemos por eso, adelantándonos a los trabajos que sabemos vienen realizando investigadores gringos, ser los primeros en señalar las características definitorias de éste cuadro, cuya sustantivación la hacemos —sin asomo peyorativo, por cierto— con un calificativo de extracción popular, venero lexicológico de valor indiscutible.....

Está perfectamente demostrado que se trata de un proceso de caracter crónico, cuya incurable evolución vese fraccionada con agudizaciones paroximales, reiteradas y pertinaces que dan la impresión de un cuadro eternamente sobreagudo —"etterne agude" de los franceses.

Estadísticamente hemos hallado una frecuencia mayor en contraerla, en sujetos asténicos o longilineos (N. del A.—Toda posible semejanza con personas vivas o desaparecidas es tan sólo mera coincidencia), lo que habla-

ría en favor de cierta predisposición habitual. Esto no significa, claro está, que no existan casos —y los hemos tenido— pertenecientes a hábitos distintos del señalado.

Se ha demostrado también que el sobón —"La Sobonería"— necesita para su eclosión de medios y elementos ecológicos decididamente "ad hoc" que permiten la aglutinación de todas las resistencias y facilite su enseñoreo. (Está claro, ¿verdad?). Así mismo, se ha evidenciado exhaustivamente —y creemos que éste es el más trascendental aporte— que hai cierta orientación teleológica dentro de la suscitación del proceso que tiende a conseguir para el enfermo notorios y holgados beneficios. ¡Sin embargo, no estamos en condiciones de caracterizar este hecho dentro de aquella mecánica que el Dr. Seguin denomina "ganancia de enfermedad". Pero, lo desesperadamente cierto, es que el sobón llega en una suerte de superación compensatriz (?) a alcanzar de privilegio, posiciones de excepción, granjerías,.... ....., circunstancias evidentemente coadyuvantes que imponen "sensu stricto" la rigurosa cronicidad del cuadro!

Vale la pena señalar con criterio epidemiológico, el hecho innegable que dentro de nuestra Facultad, ésta mórbida entidad está entronizada con alarmantes caracteres de endemia. La estadística que obra en nuestro poder así lo prueba. Por otro lado, sorprende la tipificación característica del cortejo sintomático, cuya nitidez y limpieza nos ha facilitado sobremanera su estudio. Creemos que ésta pureza se deba mas a virulencia del agente —desconocido al estado actual de nuestros conocimientos— a una especial predisposición o labilidad del terreno, condicionada, posiblemente por una insuficiencia endócrina congénita de naturaleza gonadal —"agénicos"— que diría Marañón.

Y entrando en áreas de la sistematización describamos la forma clínica pauta, es decir, lo que Jiménez Díaz llamaría el "Sobón Esquema", arquetipo que suele repetirse con tal frecuencia que "hasta las viejas" (perdón ¡Doctor) podrían individualizarlo.

"Es el sujeto al que un no bien precisado dón de ubicuidad lo coloca inevitablemente en los primeros planos de todas las situaciones convenientes. Es preciso entenderlo así explicarnos el que siempre lo hallamos en clase —"verbigratio"— en cómoda primera fila explayando epidérmicos y desesperantes aires de interés y concentración.

Es el sujeto al que fuerzas interiores aún no bien estudiadas, impulsan imperativamente a abordar al profesor antes o después de clase y en general en la menor oportunidad que se le presente para formularle, naturalmente, las más bizantinas, pueriles y oficiosos interrogantes.

Es el sujeto al que el plano inclinado de inopia lo conduce "in toto" por oblícuos y descarados senderos de lacayismo intelectual, que a la larga determínale bursitis (recuérdese las bursitis rotulianas de las beatas señaladas por Igarzábal) y aún, verdaderas anquilosis en su sistema mental.

Es el sujeto que se ve obligado por un riguroso determinismo a agasajar a los que su conveniencia señala (entiéndase el requilorio) casi siempre en ventrales manifestaciones que orillan desde los íntimos y discretos ágapes hasta los banquetes insolentemente ostentosos con información diarera y todo.

Es el sujeto al que no se sabe que fortuita casualidad le impone la penosa oprtunidad de traer diariamente en su auto al jefe de clínica penosa oportunidad de traer diariamente en su auto al jefe de clínica que justamente enseña en su grupo (¡Claro está que la crisis de transporte justifica el síntoma!).

Es el sujeto, finalmente, que con deliciosa impertinencia nos refriega a cada paso la incongruencia de un dato o de una cita esgrimida con premeditación y alevosía".

Frente a esta descripción, que corresponde a manifestaciones sintomáticas de la forma clínica clásica, frecuente, existen, naturalmente formas abortivas, seudofrustas, en las cuales la sintometología se nebuliza exigiendo entonces un examen acusioso y sutil.

Pero sea como fuera, debemos de apuntar, para terminar, el hecho innegable de que el sobón, en una suerte de despersonalización, deviene apéndice. ¡Apéndice superstite "per se" a la personalidad del profesor!

Setiembre de 1947.

¡¡¡Señores Médicos!!!

EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PIOGENAS LOCALES

Y

EN LAS INFECTO-CATARRALES DEL ARBOL RESPIRATORIO

Vacuna Inespecífica

(antígenos polimicrobianos)

Confiere inmunidad heterogénica preventiva y curativa;

En el tratamiento de los sindromes entero-colíticos, hépato-renales y entero-renales de etiología colibacilar

O R A -- C O L I

(VACUNA ANTICOLIBACILAR PER-OS)

Cura y previene éstos procesos confiriendo inmunidad específica local y general

Muestras y Literatura de éstos y otros productos a vuestra disposición en el Departamento Médico de los

LABORATORIOS MALDONADO S. A.

Av. Colombia 295 **Teléfonos 37544—37545**

LIMA ——— PERU

DE AYER

Por Mario Montes

Cuando guié mis pasos, hace dos años, hacia la Facultad de Medicina, llevaba en lo más hondo de mis inquietudes juveniles el deseo de encontrar en sus aulas la cristalización de un anhelo abrigado ya algún tiempo atrás. Entonces, viví en los claustros fernandinos como en una prisión; me identifiqué con éllos; se adentraron en mí, intensamente. Sin embargo, no eran las cosas como ingenuamente imaginara; y al final el saldo ha sido de amarga decepción. Y ahora que los etéreos eslabones han dejado mi espíritu en libertad, de cuando en cuando me acerco para ver lo que antes estuvo en mí, como cuando en un día domingo vamos a ver el pasado en un museo.

De entre las múltiples facetas de esa decepción, tomo una, al azar. No olvido la primera vez; en una de las vitrinas del local de la Facultad se había colocado un "ranking" de los alumnos del séptimo año conforme al promedio de las notas obtenidas en cada uno de los seis años precedentes. Este hecho me causó buena impresión, así se aquilataba el aprovechamiento del alumnado; pero, confieso que me asaltó cierta duda, ¿ése ranking era el fiel trasunto de lo ocurrido?

Al año siguiente, también encontré que se había colocado un ranking correspondiente a los alumnos del sexto año.

Hoy, con dos años guardados en un rincón de mi viejo cajón de recuerdos, comprendo que esa duda mía —esencialmente intuitiva—, que no encontraba justificación en esos tiempos en que no pasaba de ser un profano, esa duda, repito, aparece claramente fundamentada.

Evidentemente —por lo menos para mí—, esos rankings no son la expresión exacta de la verdad, no reflejan lo sucedido a lo largo de los años de estudios. No trataré de culpar a nadie, por que en realidad la incuria cometida no es sino la consecuencia, indudablemente, de tiempos penosos que agobiaron al país en todo orden de cosas. No podía haber discordancias; todo tenía que estar de acuerdo con la época; y si había algo que tratara

de salirse de ese heterólico medio, una mano férrea se encargaba de hacer volver a las caóticas filas a la momentánea excepción.

He llegado a la conclusión de que siempre han entrado en juego todos los prejuicios que puedan imaginarse —conscientes unas veces, inconscientes otras— para determinar en forma tangible el aprovechamiento de un alumno.

Además, ha habido una perniciosa tendencia a calificar al estudiante de acuerdo CON SU CAPACIDAD DE RETENCION, y un olvido, por lo demás absurdo, de esa invalorable cualidad que es precisamente lo que determina nuestra substancial diferencia con los animales: la inteligencia.

No tendría objeto, y nos desviaría de nuestro plan trazado, discutir aquí los tantas veces debatidos puntos de la inteligencia y de la memoria. Sólo deseo puntualizar que el calificativo no se circunscriba —intonsamente— al factor mnemónico.

Y si ahondamos un poco más, observaremos que en los casos en que un mismo curso es dictado por dos catedráticos, hay una diferencia esencial en lo que se refiere a las notas, porque entran en juego dos criterios completamente distintos, para cada uno de los cuales la realidad es otra. Y si a esto añadimos la presencia de prosectores —que implican otros tantos criterios distintos— nos daremos cuenta del caos que significan las calificaciones.

Surge, entonces, la necesidad de uniformizar las notas, de establecer límites. Así, estas listas que antes ví y que seguramente seguiré viendo, si tengo la suerte de continuar en San Fernando, serán reales y no rodelas que ocultan algo vedado a los demás.

Se podría decir que es extraño que se levante una sóla voz para hablar de algo que es de interés general y que desde hace tiempo debía ser enfocado. Pero no es una anomolía, es perfectamente lógico y normal. Citemos a Tácito. "Entre los hombres —dice él— hay una mayoría que acepta la autoridad constituída, que calla y anda; es el rebaño con el cual puede hacerse todo. Hay otros, en ínfima minoría, que encuentran reparos y que no se conforman". No trato de colocarme entre estos últimos, sino de esbozar una respuesta a una observación posible.

Todavía en estos tiempos de transición, indudablemente podemos aplicar todo lo expuesto.

La Reforma, con su característica de superación —que como toda superación implica una negación, conforme a la tesis Hegeliana—, estamos seguros que ha de liberar a nuestra secular universidad de esos obscuros atavíos, que, como el que apuntamos, son factores negativos en su marcha ascendente.

Lima, 6 de Octubre de 1947.
MARIO MONTES.

Informaciones del Centro de Estudiantes de Medicina

NOMINA DE LA JUNTA DIRECTIVA PARA EL AÑO 1947—1948

Secretario General: Andrés Carrillo B. (VII año).
Secretario de Prensa: Adolfo Guevara Velasco (VI año).
Secretario de Cultura: Marino Rodríguez (II año).
Secretario de Biblioteca: Fernando Castañeda (V año).
Secretario de Asistencia Social: José Gálvez B. (V año).
Secretario del Interior: Raúl Montero (III año).
Secretario de Economía: José Hamann Carrillo (I año).
Secretario de Deportes: Raúl Cobos (I año).
Secretario de Defensa: Rodolfo Landa (IV año).

Delegados al Centro

Además de los anteriormente nombrados:
Séptimo año: Percy Salomón.
Sexto año: Marino Alegre Véliz.
Quinto año: Alfredo Lapoint.
Cuarto año: Javier Arias Stella - Alfredo Alfaro.
Tercer año: Luis Bernales - JorgeVillarán.
Segundo año: M. Macedo - J. Falcón.
Primer año: David Tejada.

Delegación al Cogobierno:

Augusto Recoba Guerrero, 2º año.
Augusto Cáceres, 2º año.
Augusto de las Casas, 3º año.
David Paredes, 3º año.
Juan Manuel Garavito, 3º año.
Julio Rivera, 4º año.
Ricardo Abugattas 4º año.
Manuel Hubí 5º año.
Jorge Rodríguez Larraín, 5º año.
Hugo Sánchez Moreno, 6º año.
Carlos Santa María, 7º año.
Eduardo Ramírez del Villar, 7º año.
Andrés Carrillo B., 7º año.

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El Departamento de Asistencia Social de la Facultad de Medicina, se ha constituído con la finalidad noble y digna de la medicina actual, de ayudar a los estudiantes de medicina en la solución de las necesidades socio económicos que puedan interferir con sus estudios ordinarios.

Como este sentido de AYUDA que presta el Departamento puede tener una interpretación equivocada por parte de algunos alumnos, el Departamento desea hacer una aclaración sobre lo que debe entenderse por ayuda.

Ayuda es la oportunidad que el Departamento de Asistencia Social ofrece al alumno que el mismo alumno solucione sus propias necesidades con sus propios medios. Ayuda no es sinónimo de donación ni de cosa gratuita por ejemplo el Departamento de Asistencia Social de la Facultad de Medicina considera como ayuda:

a) El conseguir trabajo para un alumno, trabajo que permitirá al alumno subvenir a sus propias necesidades.

b) Préstamos o garantías en efectivo, lo cual ayudará al alumno a liberarse de compromisos que pueden perturbar su mente, tranquilidad, interfiriendo en el éxito de sus estudios.

c) Ayudas para conseguir condiciones favorables de atención médica, de hospitalización y medicinas en caso de enfermedad.

d) Becas y premios para los alumnos capacitados. En este sentido es necesario tener presente que no basta ser económicamente inhábil para optar a una beca, es necesario además, demostrar inteligencia y capacidad en el estudio de la medicina, de modo que la Facultad comprenda de que el dinero otorgado a un alumno, no será perdido.

El D. de A. S. de la F. de M. solicita entonces para el cumplimiento de su finalidad, la comprensión y la cooperación de todos los alumnos y profesores de la Facultad. Esta pequeña información tiene por este motivo y esta vez un carácter de urgente llamado a los alumnos y profesores para que los profesores expongan con sus ideas y sugerencias el real concepto de lo que es Asistencia Social y contribuyan a la medida de sus posibilidades al éxito de esta gran conquista del estudiantado de Medicina, que es el Departamento de Asistencia Social de la Facultad de Medicina.

Dr. Guillermo Díaz Lira
Jefe del Departamento.

SECRETARIA DE ASISTENCIA SOCIAL

Con motivo de haber comenzado a funcionar, oficialmente, el Departamento de Asistencia Social de la Facultad de Medicina, a partir del mes de Setiembre del presente año, y con personal rentado por ella; he creído mi obligación el informar al estudiantado cómo ha estado funcionando este Departamento, y los cambios experimentados a partir de la fecha a que hago mención.

El día 18 de Julio de 1947, se me hizo entrega de la mayor parte de la documentación y fondos de la Secretaría, y el 15 de Setiembre pasó íntegramente a manos de la Facultad de Medicina. Durante estos dos meses, hemos atendido a cuanta solicitud se nos presentó (con excepción de unas solicitudes de empleo, que sólo fueron atendidas en parte y posteriormente) sin hacer ninguna discriminación ni diferencia, por considerarlas a todas, como sincero exponente de las necesidades del estudiantado.

Nuestros medios económicos, en vista de éstos propósitos, resultaron escasos, y como con la Facultad se hubiera de seguir un trámite sumamente moroso, hicimos un préstamo de S/o. 3.000.00 al Centro, con el cual completamos nuestro presupuesto en ese período.

A partir del 15 de Setiembre, habiendo pasado el Departamento a manos de la Facultad, se ha debido de cambiar el criterio de ayuda, ya que ella considera las cosas desde otro punto de vista, y sólo hace un desembolso ante las necesidades urgentes.

En un principio, se tropezó en el Departamento, con la dificultad en los trámites para atender a las solicitudes, debido al sistema de administración de la Universidad. Esta dificultad ha sido en gran parte superada, debido a las gestiones del Sr. Decano.

Actualmente nos hallamos con el problema de que, habiendo sido demasiado pródigos durante los dos meses que el Departamento corrió por cuenta de la Secretaría, muchos estudiantes se sientan defraudados, al ver demoras o denegadas sus solicitudes; a ellos hacemos la aclaración de que si efectivamente hay imperfecciones en el servicio que actualmente se presta, ellas son debidas a la lógica falta de previsión propia de un organismo que recién nace, y a la falta de comprensión de algunos estudiantes, de la misión de la Asistencia Social en la Facultad. La solución de estas imperfecciones, es sólo cuestión de tiempo, basada en la colaboración del estudiantado.

Por último, debemos hacer la aclaración de que, estando representado el alumnado en el Directorio del Departamento por medio del Secretario General del Centro, del Secretario de Asistencia Social y de un Delegado estudiantil adjunto, procuraremos, mediante esta representación, conseguir las mayores ventajas para el estudiante necesitado.

Desde el 18 de Julio, hasta el 31 de Octubre, se han registrado, según consta en el fichero del Departamento, 129 alumnos, que están distribuídos como sigue:

Año de Estudios	Solicitudes	Atendidos	En Gest.	No Atend.	Retiran Solicitud
1º	23	21 (91%)	2 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
2º	29	27 (93%)	1 (31|2%)	1 (31|2%)	0 (0%)
3º	20	16 (80%)	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)
4º	36	32 (88%)	1 (3%)	2 (6%)	1 (3%)
5º	29	26 (90%)	0 (0%)	1 (31|3%)	2 (61|3%)
6º	1	1 (100%)	—	—	—
7º	—	—	—	—	—
Total	138	123 (98%)	7 (5%)	5 (3 2|3%)	3 (2 1|3%)

1.—Se puede notar que varios alumnos han presentado más de una solicitud.

2.—Que má sdel 90% de las solicitudes, han sido atendidas o están en gestión.

3.—Que sólo más del 3% de las solicitudes no han sido atendidas.

Las formas de atención, han sido las que siguen:

	Nº de atenciones	Total S/o.	Por Unidad
Préstamos	51	S/o. 5.750	S/o. 143.75
Medicinas:	40	(Aprox.) — 1.000	19.60

	Solicitudes	Atenciones	En Gest.	Temporales	No Atend.
Empleos:	11	2 (18%)	2 (18%)	2 (18%)	5 (54%)

El elevado porcentaje de no atendidos, se debe sobre todo, a la falta de una sección de Empleos, con la que el Departamento contará, a partir del próximo año.

ASISTENCIA MEDICA:

Atenciones 68 — Consultas: 53 — Operaciones: 2 — Hospitalizaciones: 2 — Domiciliaria 11.

Modo de Asistencia:

Por Dpto. Médico: 16 — Por Profesores F. M.: 30 — Por Médicos Particulares: 5 — Por Laboratorio abscritos: 10 — Rayos X (2 de M.): 3.
Becas solicitadas: 3.

Los datos estadísticos, han sido tomados de un informe, que próximamente publicará el Sr. Joaquín Cornejo Ubillus, habiendo corrido por nuestra cuenta la confección de los cuadros.

Gastos hechos:

Del 18 de Julio al 15 de Setiembre	S/o. 3.495.19
Del 15 de Setiembre al 31 de Octubre	S/o. (Aprox.) 4.340.00
Total S/o. (aproximado)	7.835.19.

JOSE GALVEZ BRANDON.

CORALUSA

Solución acuosa al 25% de la dietilamina del ácido piridin 2 carbónico

Excelente estimulante del sistema nervioso central, con amplio margen terapéutico y sin fenómenos de acumulación. Actúa sobre los centros de la respiración y de la circulación. Contrarresta la acción depresora que muchas drogas ejercen sobre el cerebro.

Indicada en la insuficiencia cardíaca y respiratoria. Colapso, Shock. Incidentes de la narcosis. Apnea. Asfixia. Envenenamientos e intoxicaciones.

Ampollas individuales de 2 cc. y frasco-gotero de 12 cc.

Laboratorios Unidos S. A.

AVENIDA JAVIER MARIATEGUI Nº 1237

LIMA ——— PERU

Revista de los Estudiantes de Medicina

LA REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA es el órgano oficial del Centro de Estudiantes de Medicina; de aparición mensual, destinada a publicar trabajos de orden científico, médico o quirúrgico y a realizar información general de las actividades estudiantiles y médicas de mayor interés para el estudiante Fernandino.

Como que es deseo del Comité de Redacción de esta Revista, el que se establezca una mayor vinculación entre los alumnos de los diferentes años; que se haga difusión meritoria a los trabajos estudiantiles; que se despierte interés de investigación y elaboración personal, se dará preferencia de publicación a trabajos efectuados por estudiantes, teniendo en cuenta su orden de entrega.

La R. E. M. constará, en lo posible, de las siguientes secciones: Editorial, artículos originales, actualidades, conferencias, tablas y cuadros, síndromes clínicos, problemas diagnósticos, revista de revistas, e información general.

La Comisión de Redacción se reserva el derecho de aceptar o no la publicación de cualquier artículo, solicitud o sugerencia que a ella lleguen, así como incluirlos en la sección que crea conveniente.

Es indispensable que todo artículo venga acompañado de su bibliografía numerada en orden de cita, con un resumen, sumario o conclusiones del trabajo.

Las ilustraciones de los trabajos (esquemas, diagramas, fotografías, radiografías) hechas por los alumnos se publicarán por cuenta de la Revista. Las ilustraciones de trabajos hechos por médicos se publicarán por cuenta de la misma, siempre que no excedan de dos. Artículos que lleven un número mayor de ilustraciones, serán objeto de un arreglo especial con el autor.

La responsabilidad de los conceptos vertidos en artículos firmados es exclusiva del autor.

Las citas de revistas médicas en la bibliografía, deberán indicar: nombre del autor, nombre de la publicación, volumen, páginas inicial y final y fecha. Las referencias de libros indicarán: nombre del autor y del libro, página y editor (ciudad y fecha de la edición).

Los trabajos deben ser enviados escritos a máquina, en papel oficio y a doble espacio. El nombre del autor así como el año de estudios que cursa (si es alumno) deberá aparecer en la parte superior de la primera página, siendo remitidos, por intermedio de los redactores cuya nómina aparece en la Revista, o directamente al local del CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA sito en Llanos 625 (LIMA—PERU).

Siendo también una de nuestras finalidades incrementar nuestra biblioteca mediante el canje, esta Revista publicará una síntesis, comentario o nota bibliográfica de todo libro, tesis, revista o folleto que nos sea remitido.

Azángaro 859